



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2008

THESE N° 32

DEPRESSIONS EN SOINS DE SANTE DE BASE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../2008

PAR

Mme **Imane ESSAIDI**

Née le 27 Février 1981 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Dépression - Dysthymie - Tentative de suicide
Soins de santé de base

JURY

Mme. S. EL HASSANI

Professeur de Rhumatologie

PRESIDENT

Mme. I. TAZI

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. M. SBIHI

Professeur de pédiatrie

Mr. M. BOUSKRAOUI

Professeur de pédiatrie

Mme. N. GUENNOUNE

Professeur agrégée de Gastro-Entérologie

Mme. L. ESSAADOUNI

Professeur agrégée de Médecine Interne

JUGES

**UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

DOYEN HONORAIRE : Pr. MEHADJI Badie-azzamann
VICE DOYENS HONORAIRES : Pr. FEDOUACH Sabah
: Pr. AIT BEN ALI Said
: Pr. BOURAS Najib

ADMINISTRATION

DOYEN : Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
VICE DOYEN A LA RECHERCHE ET : Pr. Ahmed OUSEHAL
COOPERATION : Pr. Abdelmounaim ABOUSSAD
VICE DOYEN AUX AFFAIRES
PEDAGOGIQUES

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Pédiatrie
Pr. AIT BEN ALI	Said	Neurochirurgie
Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
Pr. BOUSKRAOUI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Omar	Radiologie
Pr. FIKRI	Tarik	Traumatologie
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie

Dépressions en soins de santé de base

Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie

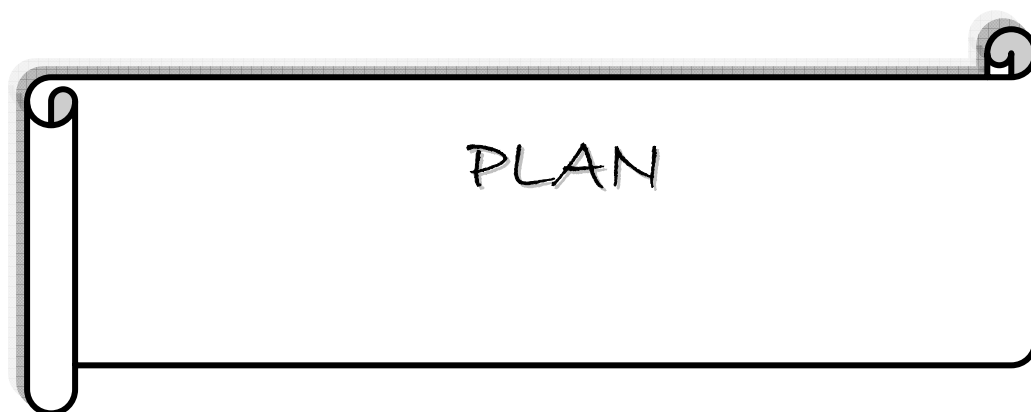


PROFESSEURS AGREGES

Pr. ABOUFALLAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique
Pr. BEN ELKHAIAI	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. CHABAA	Leila	Biochimie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. GUENNOUN	Nezha	Gastro – Entérologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohamed	Urologie
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. SAMKAOUI	Mohamed	Anesthésie-Réanimation
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. TAHRI JOUTEH HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie

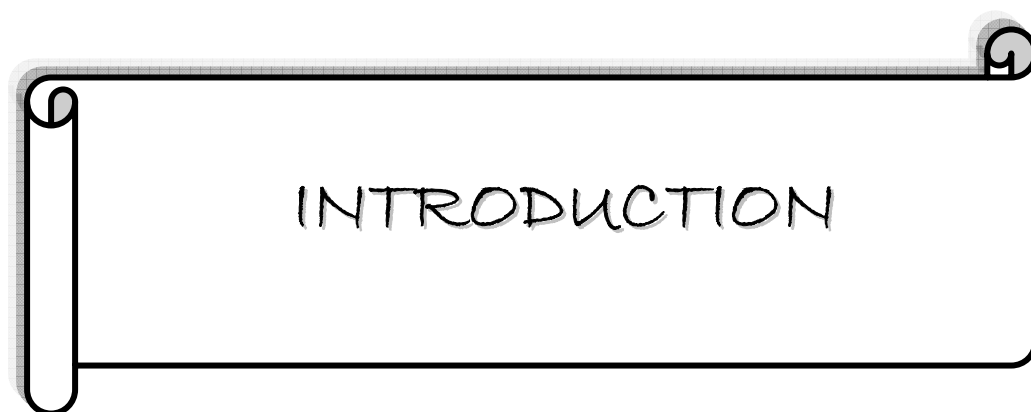
PROFESSEURS ASSISTANTS

Pr. ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. ADMOU	Brahim	Immunologie
Pr. AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
Pr. ATTAR	Hicham	Anatomie - Pathologique
Pr. BAHA ALI	Tarik	Ophthalmologie
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie
Pr. CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. DIOURI AYAD	Afaf	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie - Réparatrice
Pr. HERRAG	Mohamed	Pneumo-Phtisiologie
Pr. KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
Pr. LAOUAD	Inas	Néphrologie
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MAHMAL	Aziz	Pneumo - Phtisiologie
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. TASSI	Nora	Maladies - Infectieuses
Pr. ZOUGARI	Leila	Parasitologie –Mycologie



<u>INTRODUCTION</u>	01
<u>MATERIELS ET METHODE</u>	04
I. Matériels de l'étude	05
1- Type d'étude	05
2- L'échantillon.....	05
3- Le questionnaire.....	05
4- Le déroulement de l'enquête.....	06
5- Considération éthique.....	06
II. Méthode Statistique	06
<u>RESULTATS</u>	08
<u>I- Caractéristiques de l'échantillon global</u>	09
1- Caractéristiques Sociodémographiques.....	09
2- Caractéristiques cliniques.....	15
<u>II- Etude des troubles dépressifs et de la suicidalité</u>	18
1- Etude de l'épisode dépressif majeur	18
2- Etude de la Dysthymie	19
3- Etude de la suicidalité	19
<u>III- Résultats Bivariés</u>	20

1- L'épisode dépressif majeur (EDM)	20
2- La dysthymie	25
3- Le risque suicidaire.....	30
<u>DISCUSSION</u>	35
I- <u>Généralités</u>	36
II- <u>Discussion des résultats de l'étude</u>	53
1- Etude de l'EDM en médecine générale.....	53
2- Etude de la dysthymie en médecine générale.....	63
3- Etude de la suicidalité en médecine générale.....	64
<u>CONCLUSION</u>	71
<u>ANNEXES</u>	73
<u>RESUMES</u>	
<u>REFERENCES</u>	



Les états dépressifs représentent une pathologie fréquente avec une prévalence de 10% en population générale selon l'OMS (1). Le ministère de la santé marocain, dans une récente étude publiée en février 2007, estime la prévalence de l'épisode dépressif majeur dans la population générale à 26.5%, après nettoyage des résultats, la prévalence de l'épisode dépressif majeur est estimée à 15%, et de la dysthymie à 11.4% (2).

La dépression touche les individus des deux sexes et des personnes de tous âges et de tous milieux. Elle peut devenir chronique ou récurrente et entraver de manière substantielle la capacité de l'individu d'assumer ses responsabilités quotidiennes. Au pire, elle peut conduire au suicide, issue tragique qui entraîne la perte d'un million de vies humaines par an.

La multiplicité des expressions cliniques comporte des formes atypiques ou trompeuses et la diversité symptomatique qui varie en fonction de l'âge rend le diagnostic parfois délicat. Les troubles dépressifs sont au troisième rang des maladies handicapantes; ils constituent une préoccupation majeure de santé publique.

Le concept de dépression a évolué au cours des siècles. Le champ des troubles de l'humeur s'étend au détriment de certains troubles psychotiques et de la personnalité dépressive qui tendent à être considérés comme des dysrégulations thymiques, position discutée (3).

Selon la Classification de l'Association américaine de psychiatrie (DSM IV-TR) on distingue que (4) :

-Le trouble dépressif majeur est définie comme un sentiment de tristesse persistant et une perte d'intérêt ou de plaisir dans la plupart des activités pendant une durée minimale de deux semaines. Rappelons que l'épisode dépressif majeur correspond à une symptomatologie complète, caractérisée, mais n'implique pas une notion d'intensité. On peut donc avoir une dépression majeure d'intensité mineure.

L'intensité légère, moyenne ou sévère est notée de façon globale indépendamment du nombre de critères présents grâce à certaines échelles comme le Hamilton Dépression.

- le diagnostic du trouble dysthymique est porté si :

Une humeur dépressive est présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans (sans répit de plus de deux mois) avec présence d'au moins deux des symptômes parmi ceux-ci :

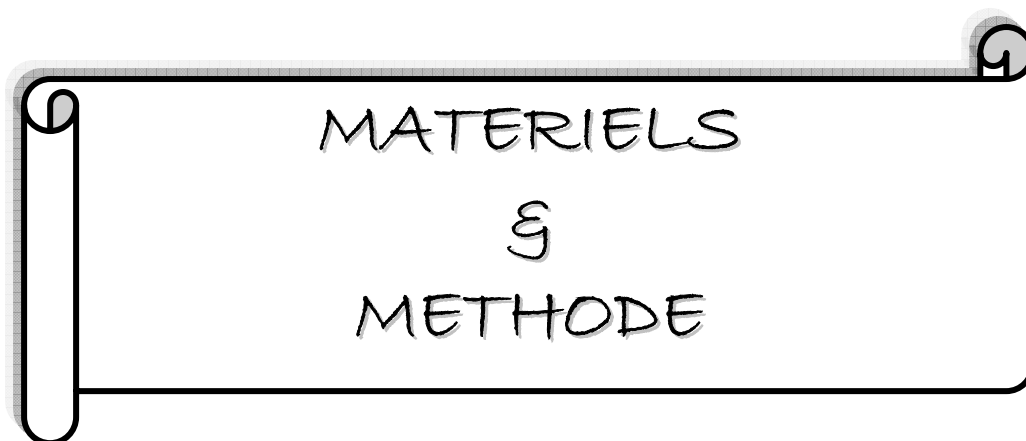
- 1-Anorexie ou hyperphagie.
- 2-Insomnie ou hypersomnie.
- 3-Baisse d'énergie ou asthénie.
- 4-Faible estime de soi.
- 5-Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.
- 6-Sentiments de perte d'espoir.

Vue cette prévalence, et les différentes plaintes somatiques accompagnant l'humeur dépressive, les patients consultent d'abord le médecin généraliste, (10% de sa consultation, 10 à 20 fois plus qu'un psychiatre) (4). La prise en charge associe la prescription d'un traitement à visée antidépressive et un soutien psychologique. Le médecin est le garant d'une bonne alliance thérapeutique et en particulier d'une bonne observance médicamenteuse.

Notre travail vient donc, contribuer à l'étude des troubles dépressifs chez les patients consultant en médecine générale en essayant d'approcher l'aspect épidémiologique de cette affection.

Les objectifs de notre travail sont :

- Evaluer la prévalence de la dépression, de la dysthymie et de la suicidalite chez les patients consultants au niveau de Soins de santé de base.
 - Détecter le profil des consultants souffrant d'un trouble dépressif et leur évaluer le risque suicidaire.
-



I. Matériels de l'étude

1- Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive afin d'évaluer la fréquence des troubles dépressifs, de la suicidalité en soins de santé de base, et d'évaluer la co-morbidité avec d'autres pathologies organiques et d'analyser l'impact des caractéristiques sociodémographiques sur la prévalence de la dépression.

2- L'échantillon

Notre enquête a concerné un échantillon de 105 patients venant consulter sur une période de 2 mois au centre de santé CADDI AYYAD à Marrakech du 1er novembre au 31 décembre 2005.

3- Le questionnaire (voir annexe)

Les données de l'enquête ont été recueillies grâce à un questionnaire qui a été élaboré du service universitaire psychiatrique (CHU MOHAMED VI). Ce questionnaire était reparti en 2 parties:

- **1ère partie:** questions pour évaluer les caractéristiques sociodémographiques.
 - **2ème partie:** questions pour évaluer les troubles dépressifs selon le Mini International Neuropsychiatric interview (MINI), c'est un outil d'entretien qui se base sur la recherche par l'examineur de critères diagnostiques définis par le DSM-IV., en reposant sur des éléments objectifs et valides. sa sensibilité et sa spécificité pour l'EDM sont successivement de 96% et 88%. en ce qui concerne la dysthymie sa sensibilité est de 67% et sa spécificité de 99% (5). Il permet de détecter l'existence d'un épisode dépressif
-
-

majeur actuel et dans le passé, la dysthymie et évaluer le risque suicidaire chez les patients consultants.

4- Le déroulement de l'enquête

4.1-Durée de l'étude :

L'enquête a eu lieu du 1 novembre 31 décembre 2005 pendant un stage de soins de santé de base de la 6ème année de médecine.

4.2-Modalités d'inclusion :

Tous les patients vus en consultation au centre de santé CADDI AYYAD à Marrakech avec un âge supérieur à 18ans.

4.3-Description :

Tous les patients ont été vus par le même enquêteur, entraîné au MINI et à une traduction en arabe dialectal validé. Pour chaque patient, on a procédé dans un premier temps au recueil des données sociodémographiques et des antécédents médicaux puis l'évaluation des troubles dépressifs et du risque suicidaire.

5- Consideration éthiques :

Les patients n'ont été recrutés pour l'étude qu'après l'obtention de leur consentement éclairé .le recueil des données a été effectuée avec le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

Si le diagnostic d'un trouble dépressif était porté lors de l'hétéro-évaluation, une prise en charge spécialisée était proposée.

II. Méthode Statistique

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes :

1- Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.

- Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
- Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types.

2- Une analyse bivariée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment:

- Le test de student pour comparer deux moyennes
- L'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes.
- Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l'EPI info6.04d fr. Le seuil de signification a été fixé à 5%.



I. Caractéristiques de l'échantillon global:

1- Sociodémographiques:

1-1 L'âge:

L'âge de la population étudié variait entre 18 et 80 ans avec une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 18 et 25ans, l'âge moyen était de 40 +/- 17 ans et 6 mois.

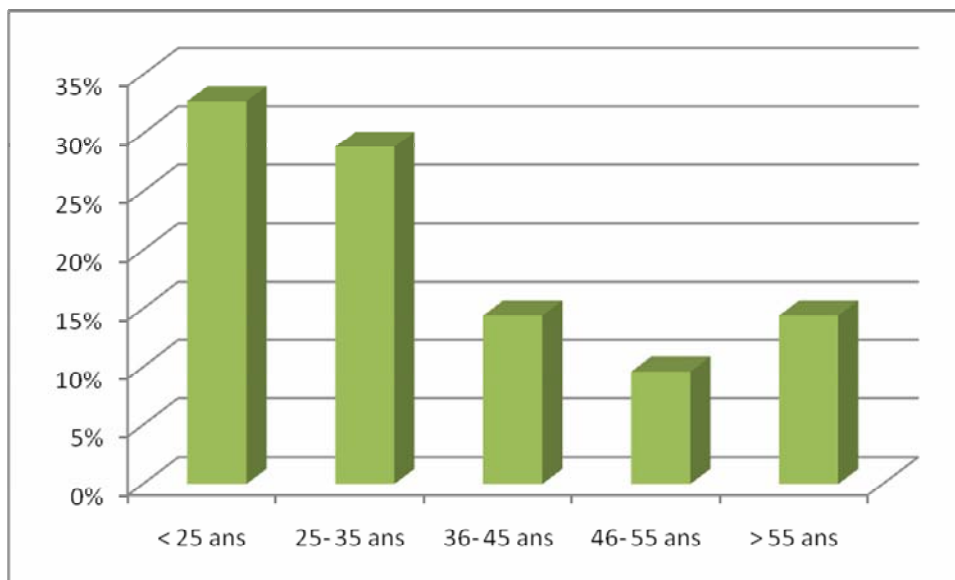


Figure n1 : Répartition des patients en fonction des tranches d'âges

1-2 Le sexe:

Les deux tiers des patients de notre échantillon étaient de sexe féminin (61.9%)

1-3 Le niveau d'instruction:

Presque la moitié des patients n'ont jamais été scolarisés (52.4%), et 16,2% des patients seulement avaient un niveau universitaire.

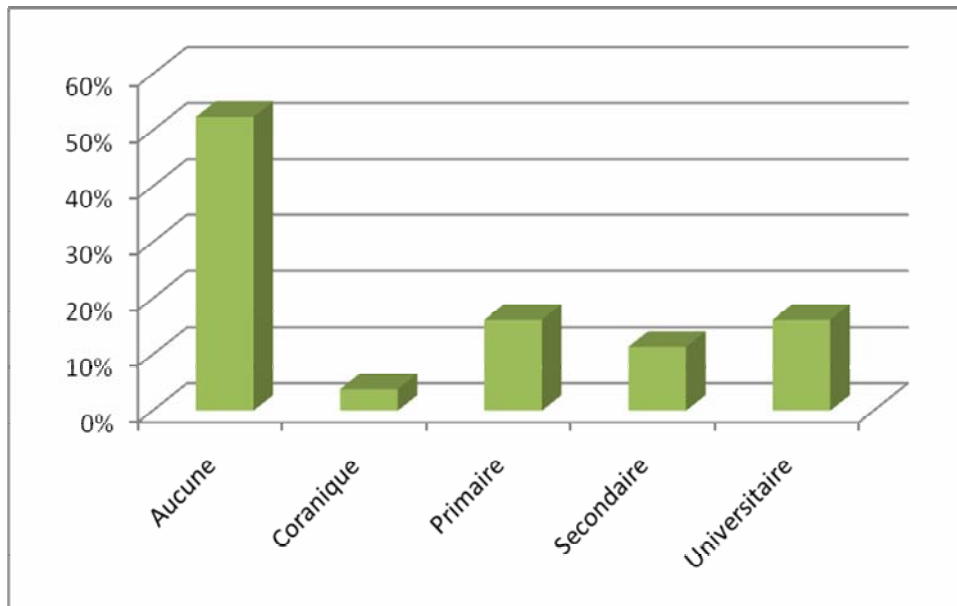


Figure n2 : Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction

1-4 Le mode de vie:

La majorité des patients habitaient avec la famille (47.6%), 16.2% des patients habitaient avec le conjoint uniquement.

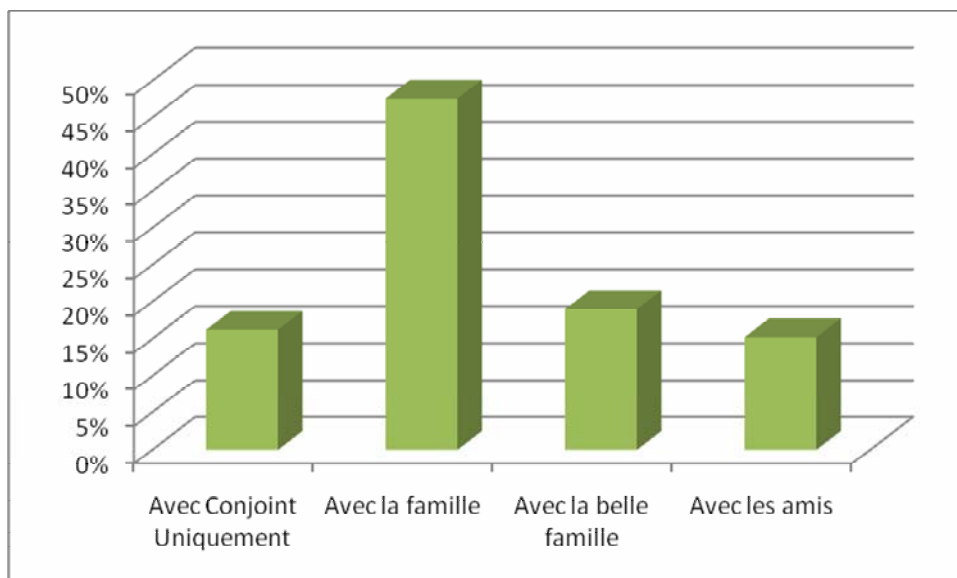


Figure n3: Répartition des patients en fonction du mode de vie

1-5 L'origine:

L'origine urbaine était la plus représentée avec 83.8%.

1-6 La profession:

Les femmes au foyer représentaient 53,3% de notre population et 30.5% de nos patients étaient des petits agriculteurs.

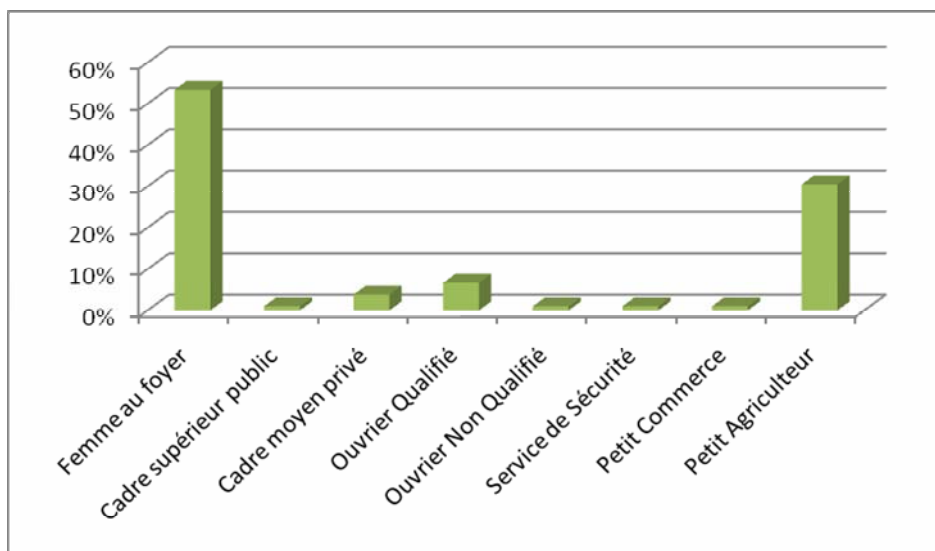


Figure n4 : Répartition des patients en fonction des professions

1-7 Le niveau socioéconomique:

Environ le tiers des patients avaient un niveau socioéconomique très bas (<1000dh par mois).

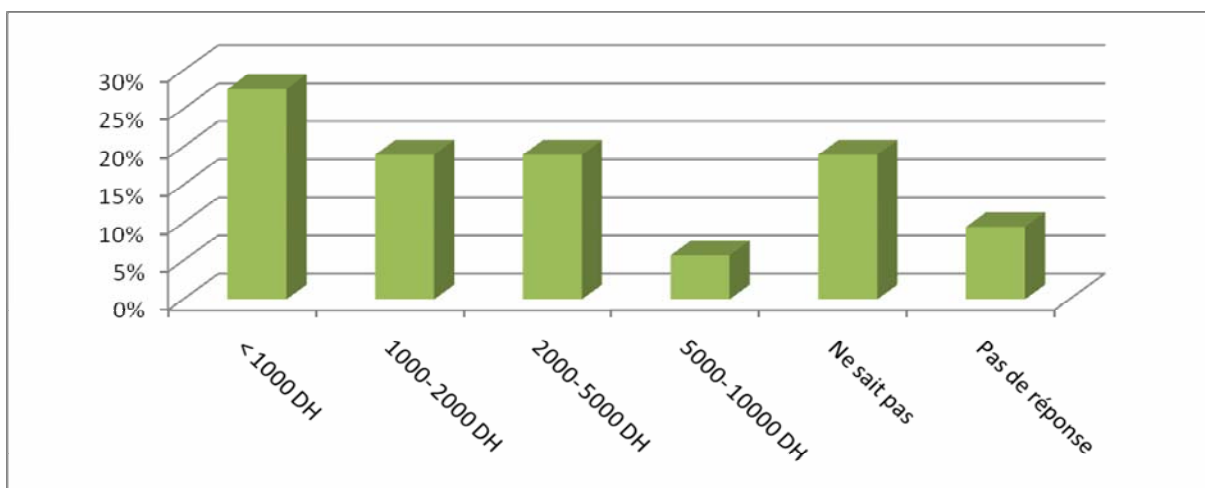


Figure n5 : Répartition des patients en fonction du niveau socio-économique

1-8 Nombre d'enfants:

Les patients qui n'avaient pas d'enfants présentaient 51.4 % de la population étudiée, alors que les patients qui avaient 1 à 3 enfants présentaient 24.8% de la population étudiée

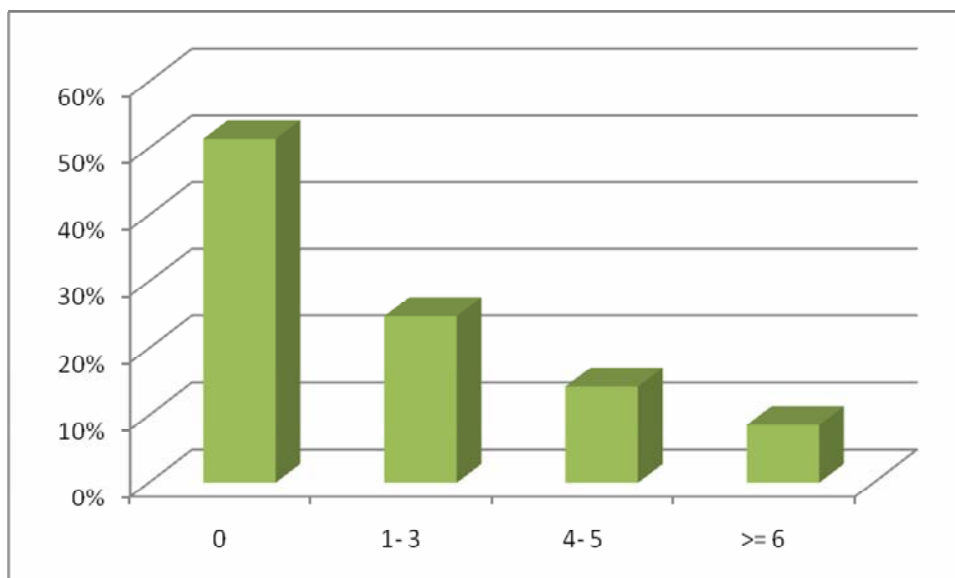


Figure n6 : Répartition des patients en fonction du nombre d'enfants

Tableau n I: Les caractéristiques socio démographiques des patients examinés

Caractéristiques	Participants à l'étude n=105	
	N	%
L'âge		
<25 ans	34	32,69
25- 35 ans	30	28,84
36- 45 ans	15	14,42
46- 55 ans	10	9,61
> 55 ans	15	14,42
Sexe		
Masculin	40	38,1
Féminin	65	61,9
Niveau d'instruction		
aucune	55	52,4
coranique	4	3,8
primaire	17	16,2
secondaire	12	11,4
universitaire	17	16,2
Mode de vie		
avec conjoint uniquement	17	16,2
avec la famille	50	47,6
avec la belle famille	20	19
avec les amis	16	15,2
Origine		
Rurale	14	13,3
Urbaine	88	83,8

Dépressions en soins de santé de base

Profession		
Femme au foyer	56	53,3
Cadre supérieur public	1	1
Cadre moyen privé	4	3.8
Ouvrier qualifié	7	6,7
Ouvrier non qualifié	1	1
Services de sécurité	1	1
Petit Commerce	1	1
Petit Agriculteur	32	30,5
Niveau Socio Economique		
<1000 Dh	29	27,6
1000-2000 Dh	20	19
2000-5000 Dh	20	19
5000-10000 Dh	6	5,7
Ne sait pas	20	19
Pas de réponse	10	9.5
Nombre d'enfants		
0	54	51.4
1- 3	26	24.8
4- 5	15	14,3
>=6	9	8,6

2- Caractéristiques cliniques:

2-1 Les antécédents médicaux et chirurgicaux:

Le diabète (9.5%) et l'hypertension artérielle (4.8%) étaient les 2 antécédents médicaux les plus retrouvés chez nos patients.

Les patients qui avaient des antécédents chirurgicaux présentaient 16%.

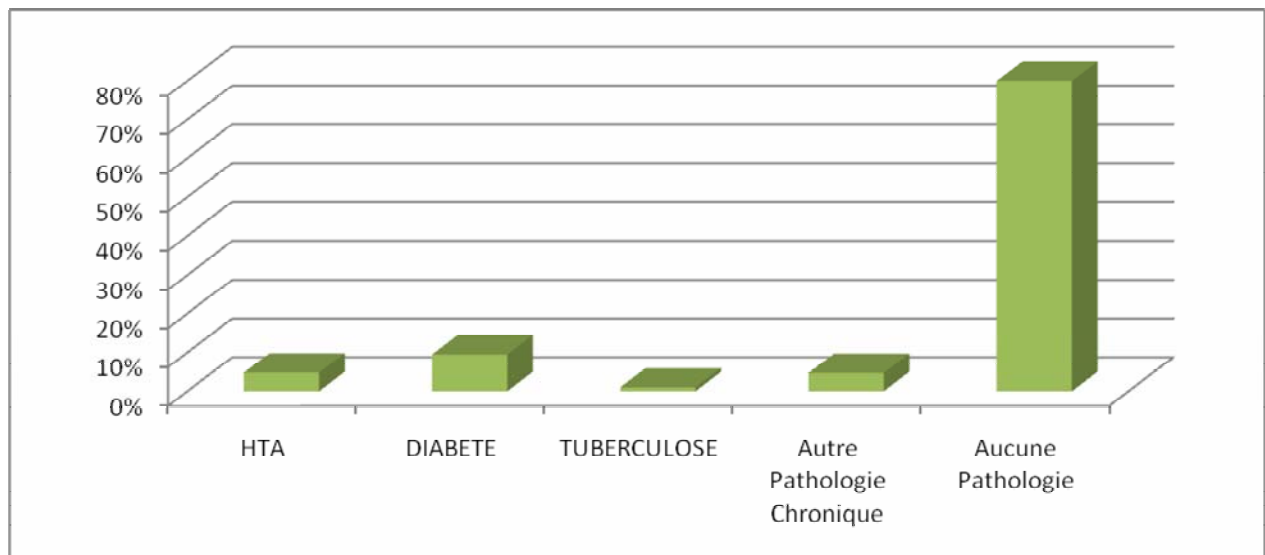


Figure n7 : Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux

2-2 Les antécédents psychiatriques:

La majorité des patients (94,3%) n'avaient pas d'antécédents psychiatriques, 4 patients (3,8%) rapportaient un antécédent de dépression, et un seul patient (1,9%) a été hospitalisé pour une schizophrénie.

2-3 Les motifs de consultation:

Les motifs de consultation étaient multiples et variés. Le motif de consultation le plus fréquent était les angines (30%).

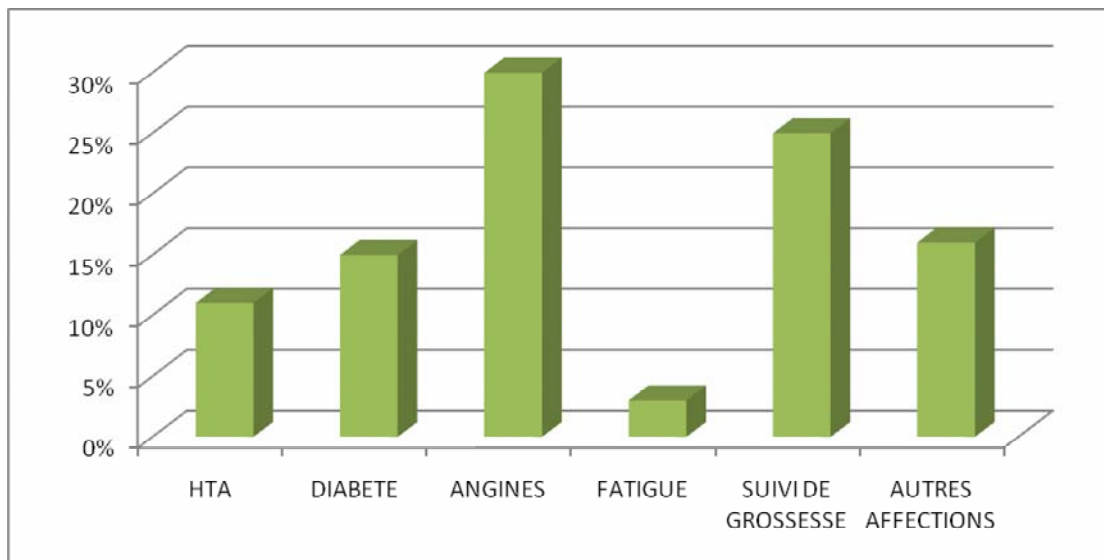


Figure n8 : Répartition des patients en fonction du motif de consultation

2-4 Médicaments prescrits:

Les médicaments les plus prescrits étaient les antibiotiques (44.1%).

Les anxiolytiques et les antidépresseurs n'ont été présents que chez 4 patients.

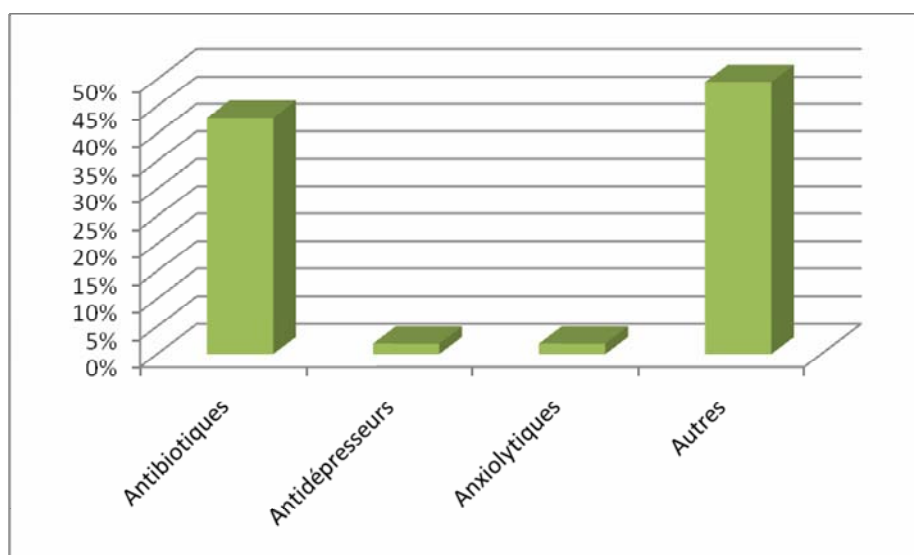


Figure n9 : Répartition des patients selon les médicaments prescrits

2-5 Nombre de médecins consultés pour la même symptomatologie

La majorité des patients avaient consultés un seul médecin (80%). Le nombre de médecins consultés pouvait atteindre 6 médecins pour certains cas.

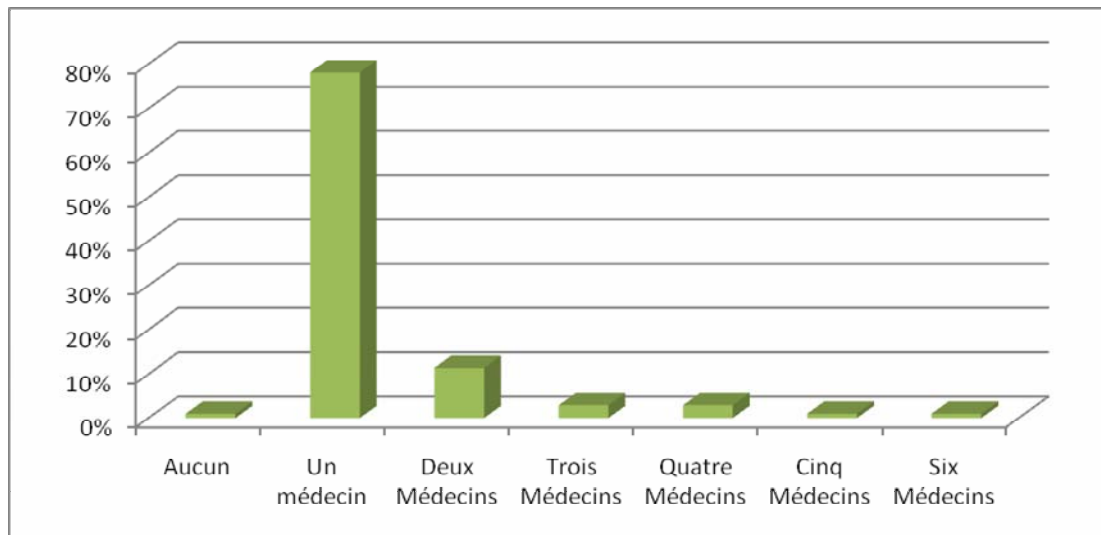


Figure n10: Répartition des patients en fonction du nombre de médecins consultés

II. Etude des troubles dépressifs et de la suicidalité:

1- Etude de l'épisode dépressif majeur

1-1 La prévalence de l'épisode dépressif majeur actuel:

L'épisode dépressif majeur actuel était retrouvé chez 23.8% des patients consultants.

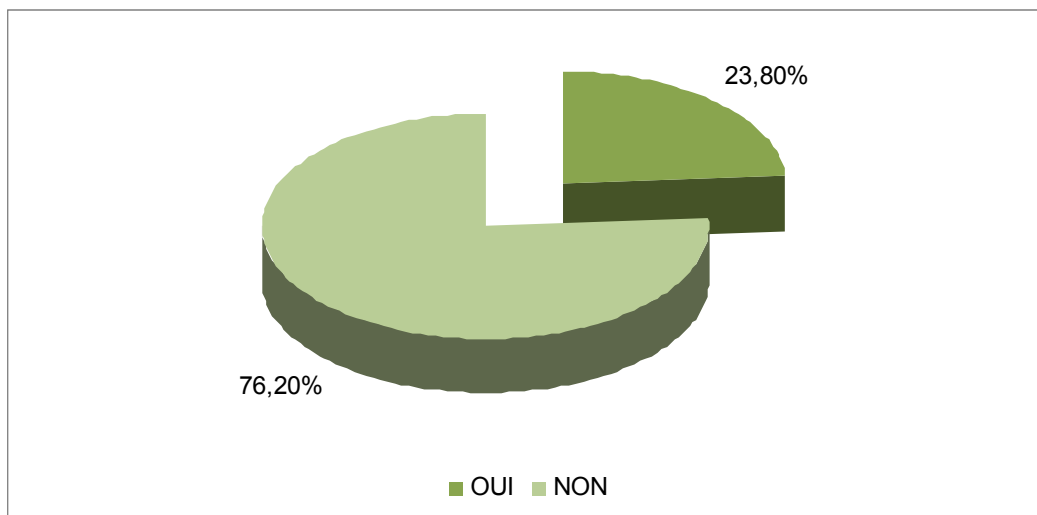


Figure n11: Pourcentage des cas représentant un épisode dépressif majeur actuel

1-2 La prévalence de l'épisode dépressif majeur passé:

Un épisode dépressif majeur dans le passé a été retrouvé chez 13% des patients consultants.

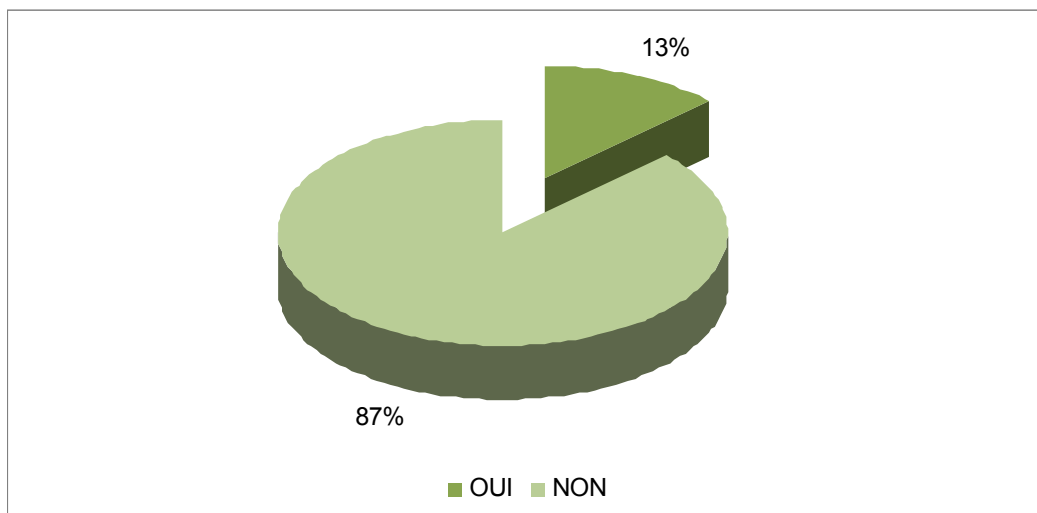


Figure n12: Pourcentage des cas représentant un épisode dépressif majeur passé

2- Etude de la dysthymie

La dysthymie était retrouvée chez 14 patients, soit 13.3% des consultants.

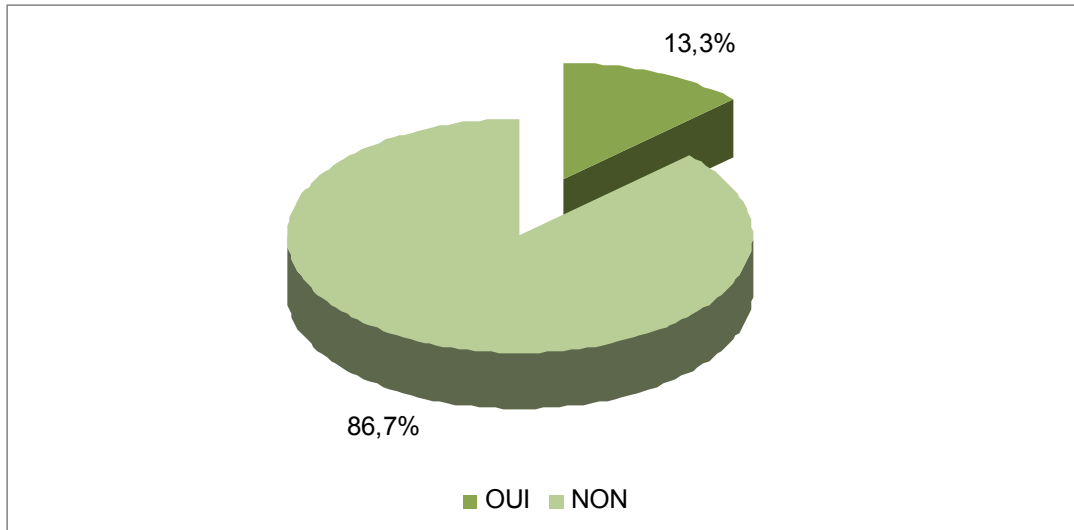


Figure n13: pourcentage des cas représentant une dysthymie

3- Etude de la suicidalite

La prévalence de la suicidalité dans notre échantillon était de 14.3%. (14 patients).

Un patient avait des idées suicidaires (1%), et un autre avait fait une tentative de suicide (1%).

III- Résultats Bivariés

1- l'épisode dépressif majeur (EDM) :

1-1 EDM et sexe :

La survenue d'un épisode dépressif majeur était plus important chez les femmes (17.1%) que chez les hommes (6.7%), mais ce résultat n'était pas significatif ($p=0.234$).

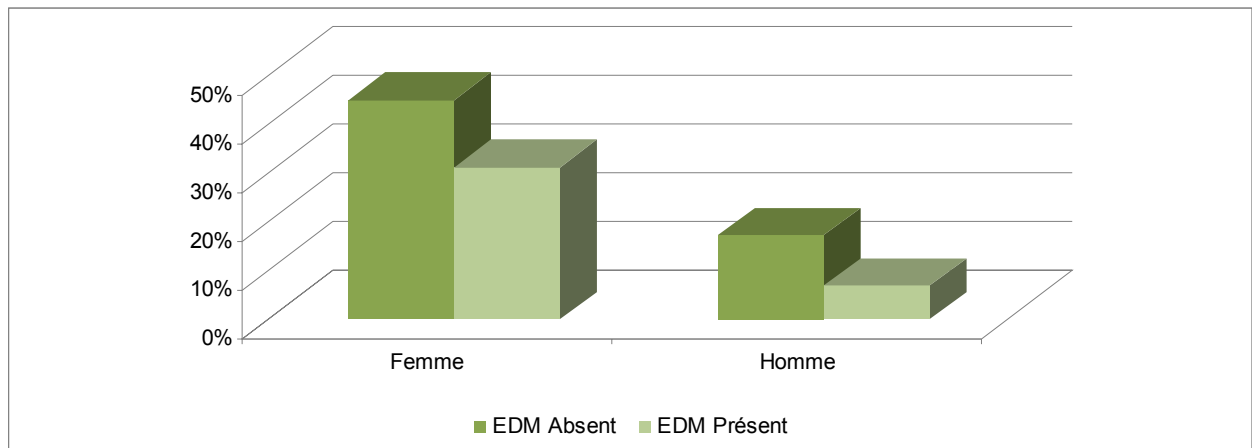


Figure n14: EDM et Sexe

1-2 EDM et âge :

L'épisode dépressif majeur était plus marqué chez les jeunes patients consultants âgés de moins de 25 ans, il était de (12.5%), et de 1.9% chez les patients âgés de plus de 55ans. Le résultat n'était pas significatif $P=(0.431)$

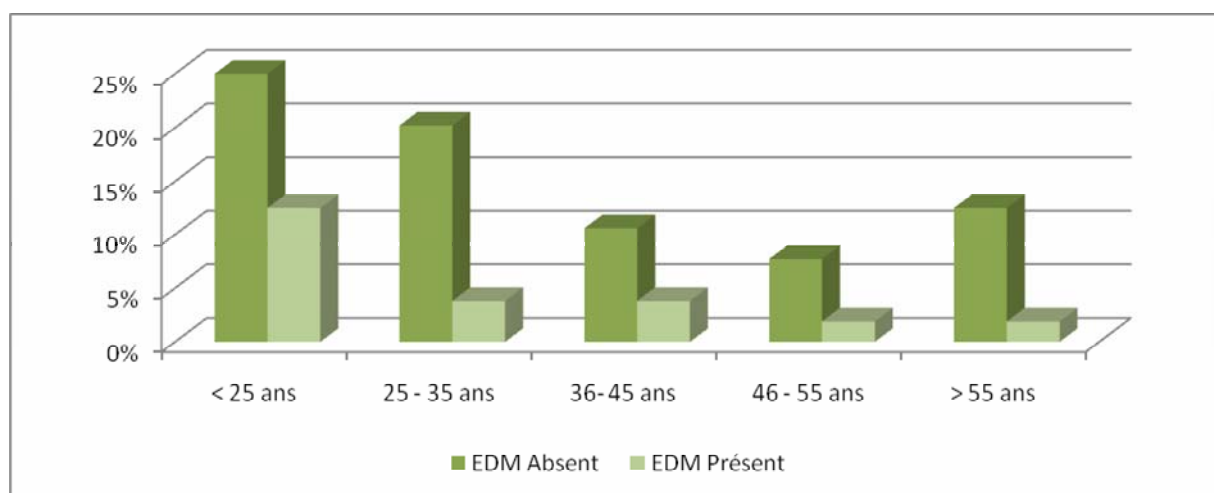


Figure n15: EDM et Age

1-3 EDM et niveau d'instruction :

La survenue d'un EDM est plus fréquente chez les patients qui n'ont jamais été scolarisés (13.3%), et 5.7% chez les patients avec un niveau universitaire. La différence n'était pas significative ($P= 0,101$).

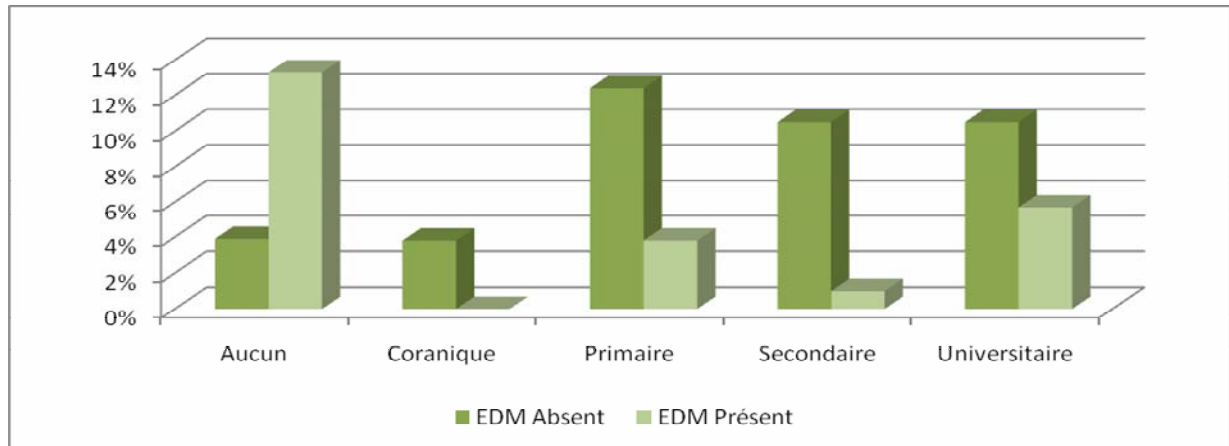


Figure n16: EDM et niveau d'instruction

1-4 l'épisode dépressif majeur et mode de vie:

La prévalence de l'épisode dépressif majeur chez les patients qui habitaient avec leur famille (9.5%) était plus élevée par rapport aux patients qui vivaient avec leur conjoint (6.7%) ou avec leurs amis (4.8%).

Le résultat était non significatif ($p=0.393$)

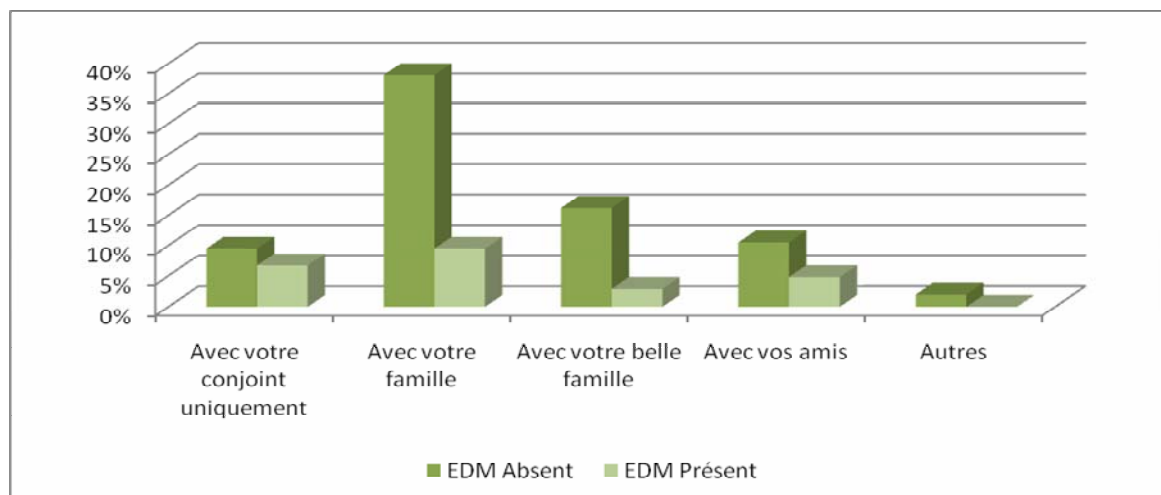


Figure n17: EDM et mode de vie

1-5 épisode dépressif majeur et type de profession :

Le pourcentage de dépression était plus élevé chez les femmes au foyer (14.6%), et que de 1.9% chez les ouvriers qualifiés, mais ce n'était pas significatif ($p=0.572$).

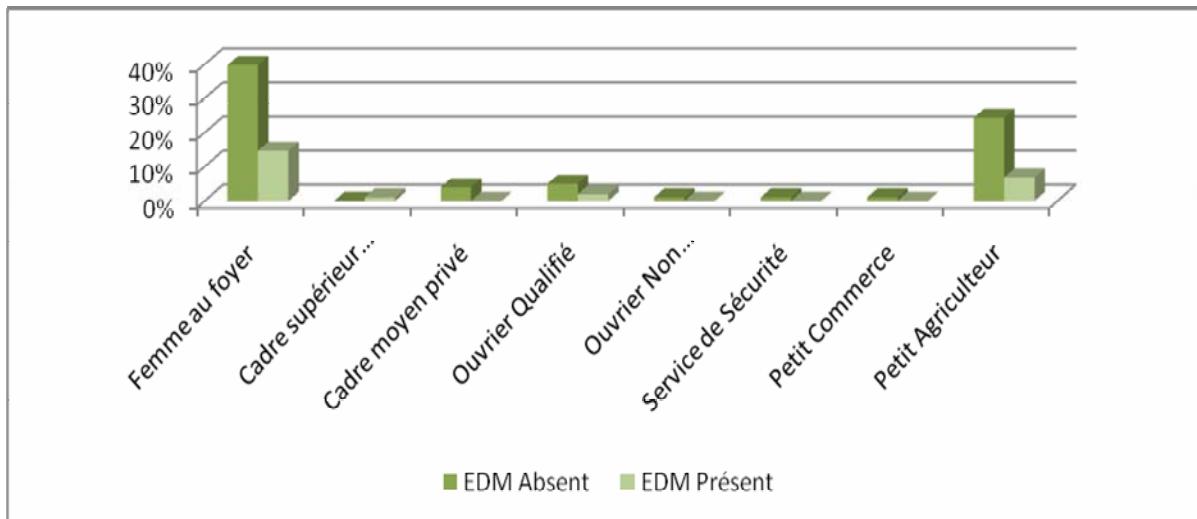


Figure n18: EDM et type de profession

1-6 EDM et origine:

La grande majorité des patients souffrant d'un EDM étaient d'origine urbaine avec 18,6%; les patients souffrant d'un EDM d'origine rurale ne représentaient que 5,9%. La différence était statistiquement non significative ($p=0.086$).

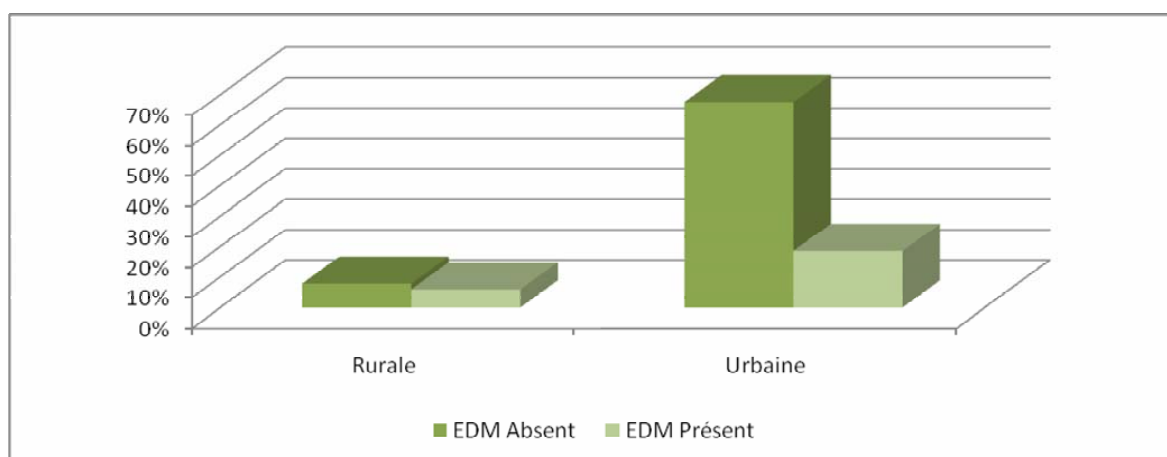


Figure n19: EDM et origine

1-7 EDM et niveau socio-économique:

La grande majorité des patients avec EDM (14,4%) avaient un revenu mensuel inférieur à 2000dhs; 1% avaient un revenu mensuel de 2000 à 5000dhs et de 5000 à 10000dhs. La différence était statistiquement non significative ($p=0.094$).

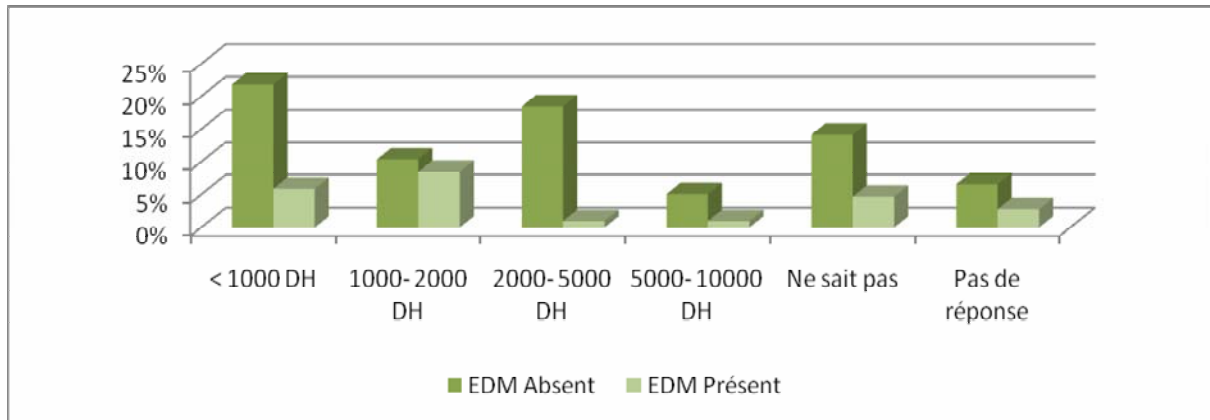


Figure n20: EDM et niveau socio-économique

Au total, même si aucune différence n'est pas statistiquement significative, l'EDM était plus fréquent surtout chez les femmes au foyer.

L'EDM était plus fréquent chez les patients âgés de moins de 25 ans, et chez ceux sans niveau d'instruction, et surtout les patients d'origine urbaine.

1-8 Tableau récapitulatif

Tableau n IV: Récapitulation de l'épisode dépressif majeur

	Caractéristiques	Participants à l'étude n= 105				P
		Oui	Non	Oui	Non	
Sexe	Féminin	18	67	17.1%	44.8%	0.234
	Masculin	7	33	6.7%	31%	
Age	< 25 ans	13	26	12.5%	25%	0.431
	25- 35 ans	4	21	3.8%	20.2%	
	36- 45 ans	4	11	3.8%	10.6%	
	46- 55 ans	2	8	1.9%	7.7%	
	> 55 ans	2	13	1.9%	12.5%	
Niveau d'Instruction	Aucun	14	41	13.3%	3.9%	0.101
	Coranique	0	4	0%	3.8%	
	Primaire	4	13	3.8%	12.4%	
	Secondaire	1	11	1%	10.5%	
	Universitaire	6	11	5.7%	10.5%	
Mode de Vie	Avec Conjoint	7	10	6.7%	9.5%	0.393
	Avec la famille	10	40	9.5%	38.1%	
	Avec la belle famille	3	17	2.9%	16.2%	
	Avec les Amis	5	11	4.8%	10.5%	
	Autres	0	2	0%	2%	
Profession	Femme au foyer	15	41	14.6%	39.8%	0.572
	Cadre supérieur Public	1	0	1%	0%	
	Cadre moyen privé	0	4	0%	3.9%	
	Ouvrier Qualifié	2	5	1.9%	4.9%	
	Ouvrier Non Qualifié	0	1	0%	1%	
	Service de Sécurité	0	1	0%	1%	
	Petit Commerce	0	1	0%	1%	
	Petit Agriculteur	7	25	6.8%	24.3%	
Origine	Rurale	6	8	5.9%	7.8%	0.086
	Urbaine	19	69	18.6%	67.6%	
Niveau Socio-économique	< 1000 DH	6	23	5.9%	21.85%	0.094
	1000- 2000 DH	9	11	8.5%	10.4%	
	2000- 5000 DH	1	19	1%	18.5%	
	5000- 10000 DH	1	5	1%	5.1%	
	Ne sait pas	5	15	4.7%	14.2%	
	Pas de réponse	3	7	2.8%	6.6%	

2- La dysthymie

2-1- Dysthymie et sexe :

La survenue d'une dysthymie était plus fréquent chez les femmes (9.5%) que chez les hommes (3.8%) mais le résultat n'était pas significatif ($p=0.431$).

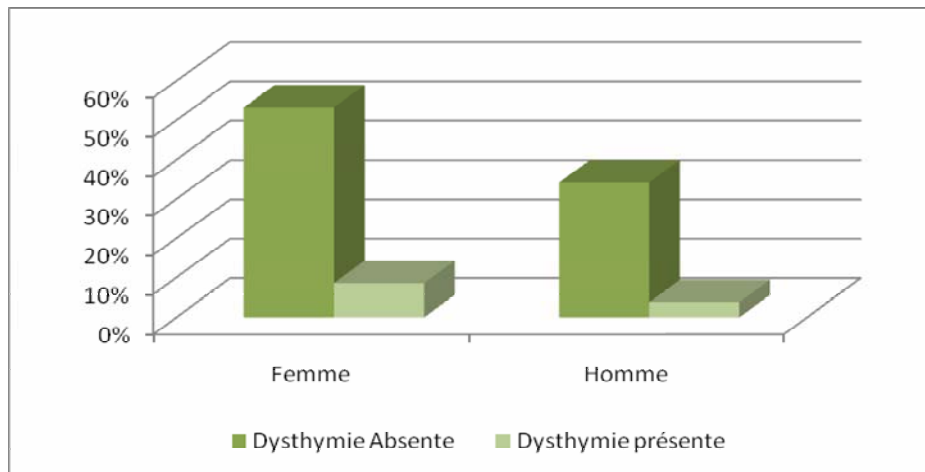


Figure n21: Dysthymie et sexe

2-2 Dysthymie et âge

L'âge de la population étudiée varie entre 18 et 80 ans, la dysthymie était plus marquée chez les jeunes patients consultants âgés de moins de 25 ans (6.7%) et diminue avec l'âge. Elle était de 1% chez les patients âgés de plus de 55 ans. Le résultat n'était pas significatif ($P=0.634$).

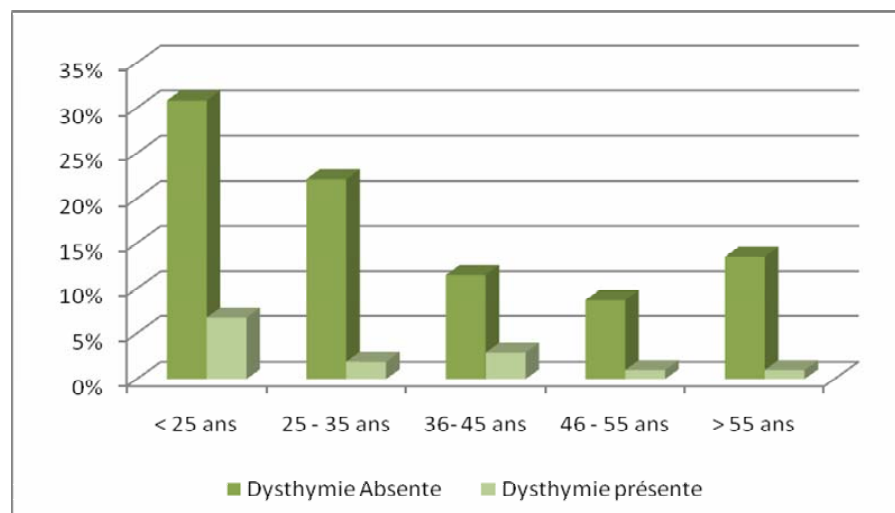


Figure n22: Dysthymie et âge

2-3 Dysthymie et niveau d'instruction:

La prévalence de la dysthymie chez les patients qui n'avaient jamais été scolarisés représentait 6.75%. Par ailleurs seul 1% avaient un niveau d'étude secondaire, et 1% ont effectué des études universitaires. La différence est statistiquement non significative ($p=0.239$).

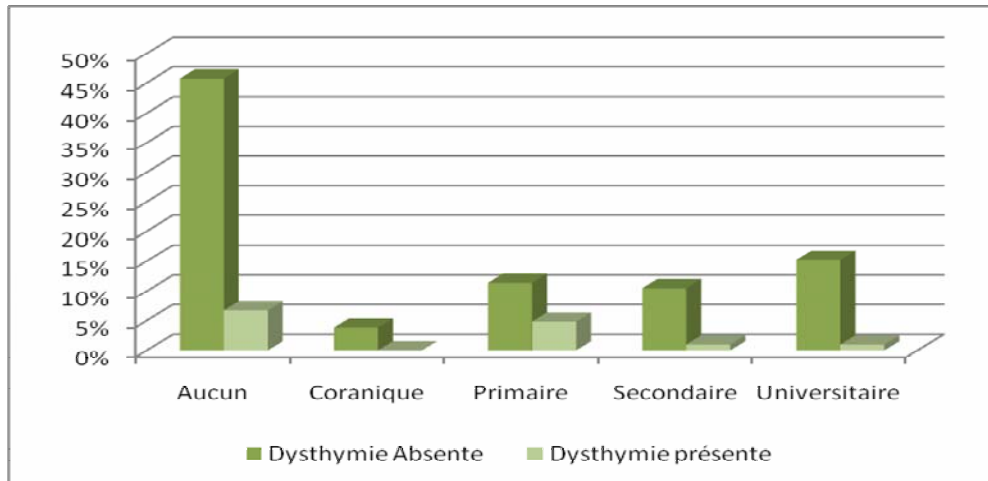


Figure n23: Dysthymie et niveau d'instructions

2-4 Dysthymie et mode de vie:

La prévalence de la dysthymie chez les patients qui habitaient avec leurs conjoints seulement était 4.8 %. La prévalence de la dysthymie était la même chez les patients habitant avec leur famille et belle famille (3,8%). La différence était statistiquement non significative ($p=0.236$).

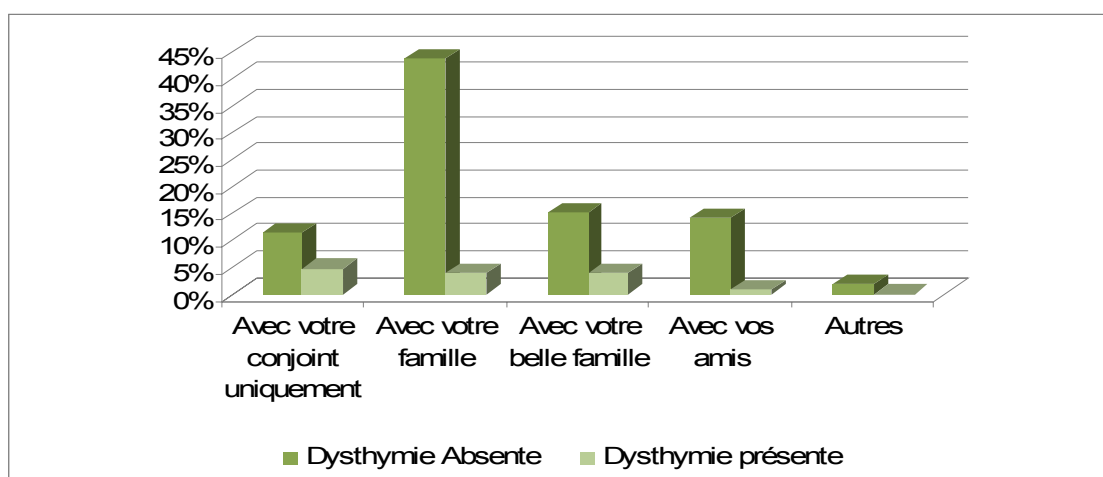


Figure n24: Dysthymie et mode de vie

2-5 Dysthymie et profession:

La majorité des patients avec dysthymie étaient des femmes au foyer avec 10,7%. Aucun cas de dysthymie n'a été retrouvé chez la catégorie des cadres supérieurs, moyens et les ouvriers non qualifiés. La différence était non significative ($p=0.724$).

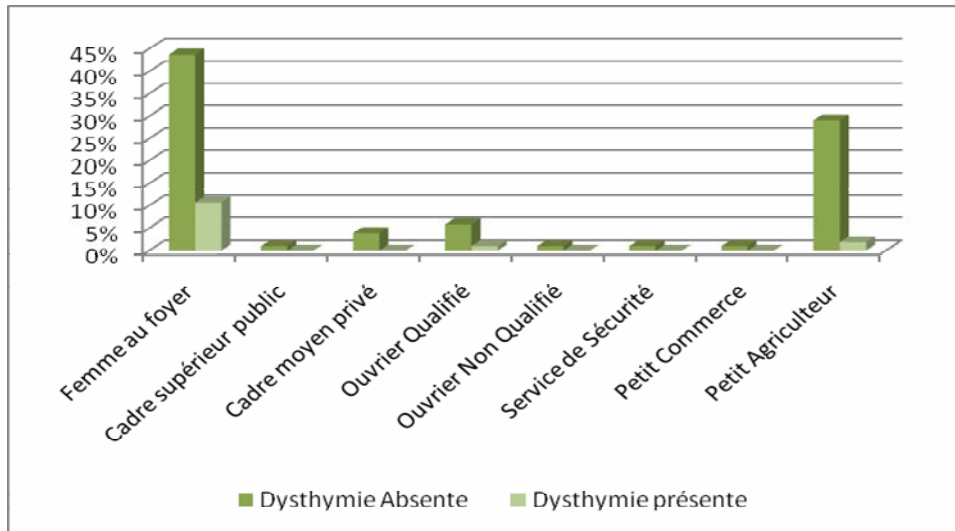


Figure n25: Dysthymie et profession

2-6 Dysthymie et origine:

La grande majorité des patients souffrant d'une dysthymie étaient d'origine urbaine avec 13,7% ; les patients souffrant d'une dysthymie d'origine rurale ne représentaient que 2%. La différence était statistiquement non significative ($p=0.948$).

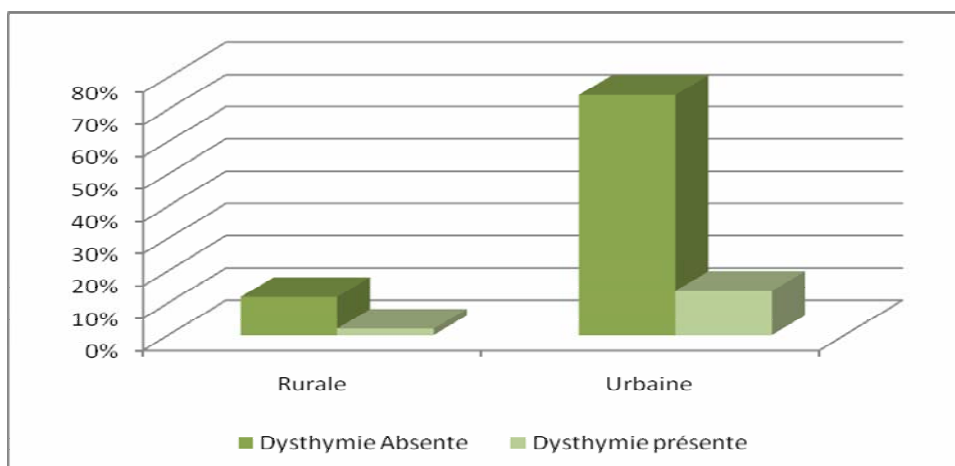


Figure n26: Dysthymie et origine

2-7 Dysthymie et niveau socio-économique :

On a retrouvé la dysthymie majoritairement chez les patients dont le revenu mensuel familial est entre 1000dh et 2000dh (6.7%). Elle n'était que de 1% chez ceux avec un revenu mensuel de 5000dh et 10000dh. Cette différence était statistiquement significative ($P=0.013$).

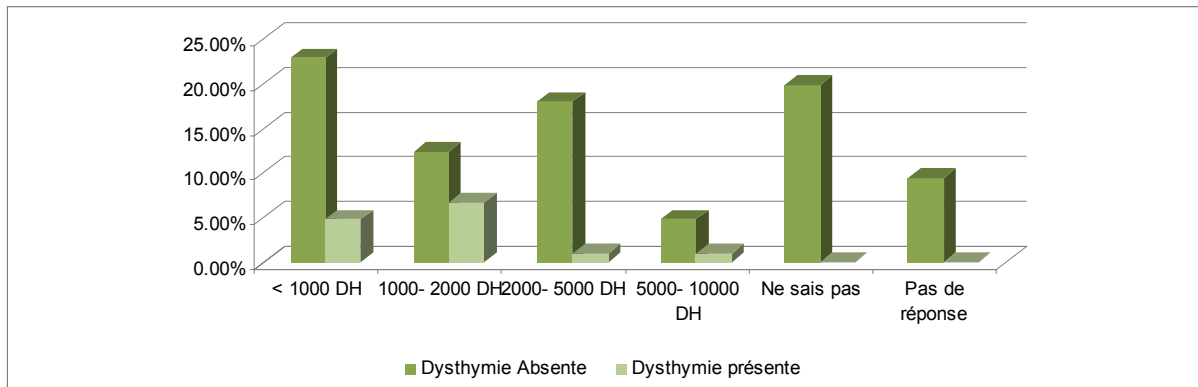


Figure n27: Dysthymie et niveau socio-économique :

Au total, même si aucune différence n'est pas statistiquement significative, la dysthymie était plus fréquente surtout chez les femmes au foyer.

La dysthymie était plus fréquente chez les patients âgés de moins de 25 ans, et chez ceux sans niveau d'instruction, et surtout les patients d'origine urbaine.

2-8 Tableau récapitulatif:

Tableau n V: Récapitulation de la dysthymie

	Caractéristiques	Participants à l'étude n= 105				P
		Oui	Non	Oui	Non	
Sexe	Féminin	10	55	9.5%	52.4%	0.431
	Masculin	4	36	3.8%	34.3%	
Age	< 25 ans	7	32	6.7%	30.8%	0.634
	25- 35 ans	2	23	1.9%	22.1%	
	36- 45 ans	3	12	2.9%	11.5%	
	46- 55 ans	1	9	1%	8.7%	
	> 55 ans	1	14	1%	13.5%	
Niveau d'Instruction	Aucun	7	84	6.7%	45.7%	0.239
	Coranique	0	4	0%	3.8%	
	Primaire	5	12	4.8%	11.4%	
	Secondaire	1	11	1%	10.5%	
	Universitaire	1	16	1%	15.2%	
Mode de Vie	Avec Conjoint	5	12	4.8%	11.4%	0.236
	Avec la famille	4	46	3.8%	43.8%	
	Avec la belle famille	4	16	3.8%	15.2%	
	Avec les Amis	1	15	1%	14.3%	
	Autres	0	2	0%	2%	
Profession	Femme au foyer	11	45	10.7%	43.7%	0.724
	Cadre supérieur Public	0	1	0%	1%	
	Cadre moyen privé	0	4	0%	3.9%	
	Ouvrier Qualifié	1	6	1%	5.8%	
	Ouvrier Non Qualifié	0	1	0%	1%	
	Service de Sécurité	0	1	0%	1%	
	Petit Commerce	0	1	0%	1%	
	Petit Agriculteur	2	30	1.9%	29.1%	
Origine	Rurale	2	12	2%	11.8%	0.948%
	Urbaine	12	76	13.7%	74.5%	
Niveau Socio-économique	< 1000 DH	5	24	4.8%	22.9%	0.013
	1000- 2000 DH	7	13	6.7%	12.4%	
	2000- 5000 DH	1	19	1%	18.1%	
	5000- 10000 DH	1	5	1%	4.8%	
	Ne sait pas	0	20	0%	19.9%	
	Pas de réponse	1	10	1%	9.5%	

3- Le risque suicidaire

3-1 Le risque suicidaire est sexe :

Le risque suicidaire était plus fréquent chez les femmes (11.4%) que chez les hommes (2.9%). Mais le résultat n'était pas significatif. ($p=0.119$)

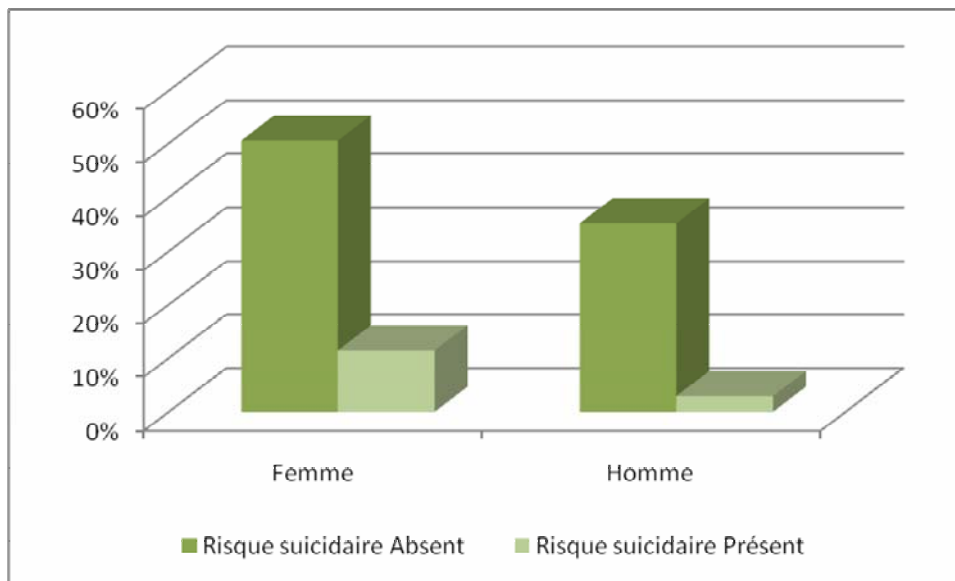


Figure n28: Risque suicidaire et sexe

3-2 Risque suicidaire et âge:

-Dans notre étude La prévalence de la suicidalité chez nos patients était de 14,3%. ($P=0.513$).

-On note aussi que cette prévalence a diminué quand on est passé d'une tranche d'âge à une autre :

-La suicidalite était plus marquée chez les jeunes patients consultants âgés de moins de 25 ans avec 7.7% alors que chez les patients âgés de plus de 55 ans, elle n'était que de 1%.

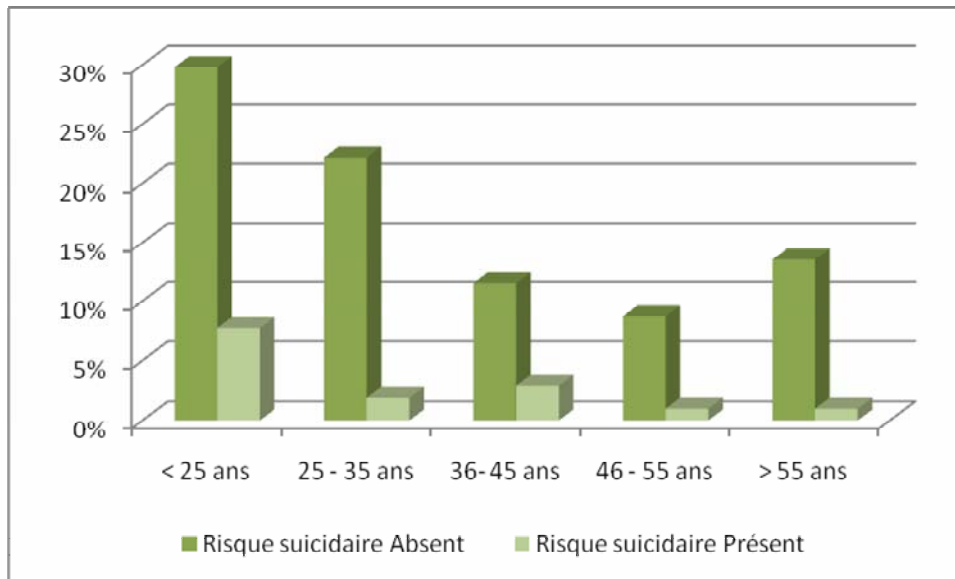


Figure n29: Risque suicidaire et âge

3-3 Risque suicidaire et niveau d’instruction:

Presque les deux tiers des patients représentant un risque suicidaire (7,6%) n’avaient jamais été scolarisés; 3,8% un niveau d’étude primaire et 1% un niveau d’étude secondaire. seulement 1,9% des patients avaient effectué des études universitaires. La différence était statistiquement non significative ($p=0,682$).

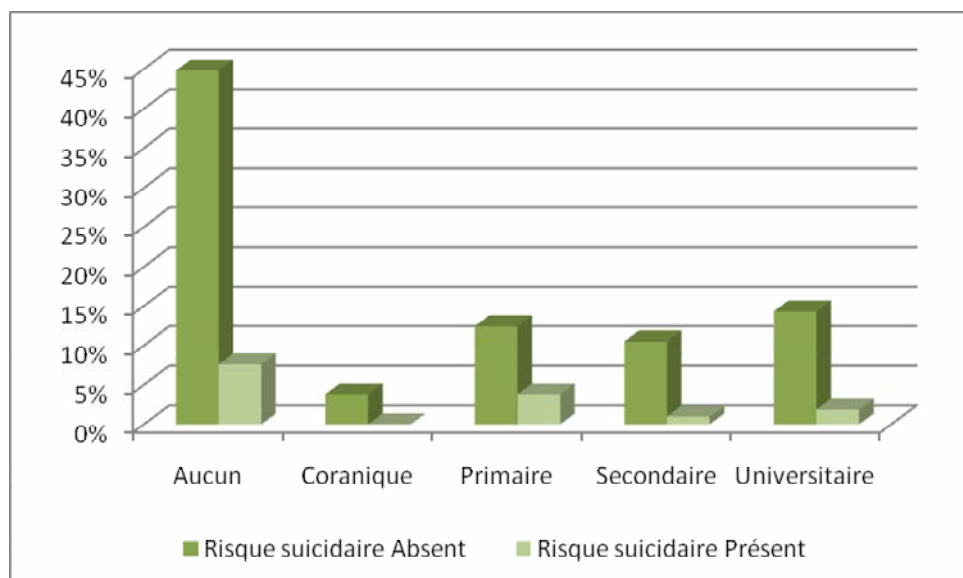


Figure n30: Risque suicidaire et niveau d’instruction

3-4 Risque suicidaire et mode de vie:

La prévalence du risque suicidaire chez les patients qui habitaient avec leurs conjoints seulement était 5.7 %, et 4.8% chez les patients habitaient avec leur famille. La prévalence du risque suicidaire était la même chez les patients habitaient avec leur belle famille et amis (1.9%).La différence était statistiquement non significative ($p=0.183$).

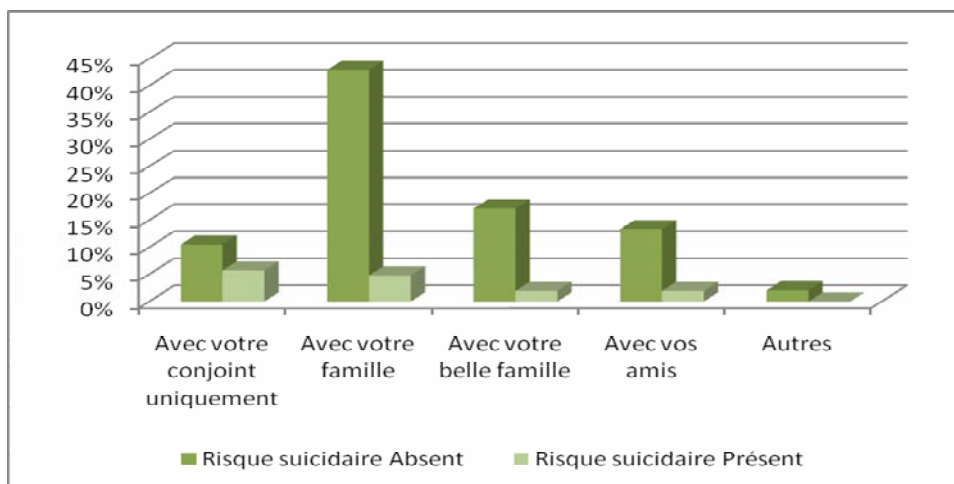


Figure n31: Risque suicidaire et mode de vie

3-5 Risque suicidaire et profession:

La majorité des patients présentant un risque suicidaire étaient des femmes au foyer avec 9,7%, la même prévalence était retrouvée chez les cadres moyens privés, les ouvriers qualifiés, et chez les petits commerçants (1%). La différence était non significative ($p=0.253$).

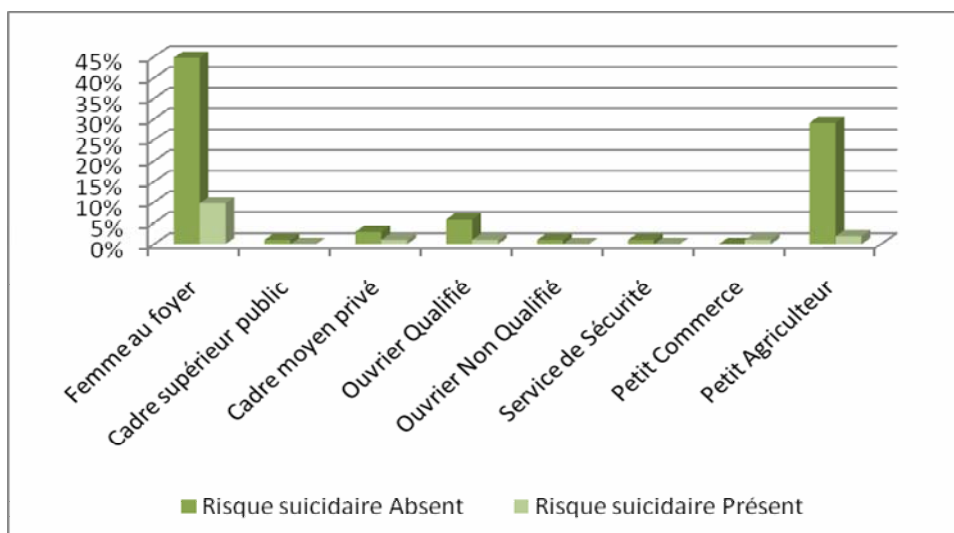


Figure n32: Risque suicidaire et profession

3-6 Risque suicidaire et origine:

Le risque suicidaire était plus fréquent chez les patients d'origine urbaine avec une prévalence de 11,8%; les patients représentant un risque suicidaire et qui étaient d'origine rurale ne représentaient que 2,9%. La différence était statistiquement non significative ($p=0.444$).

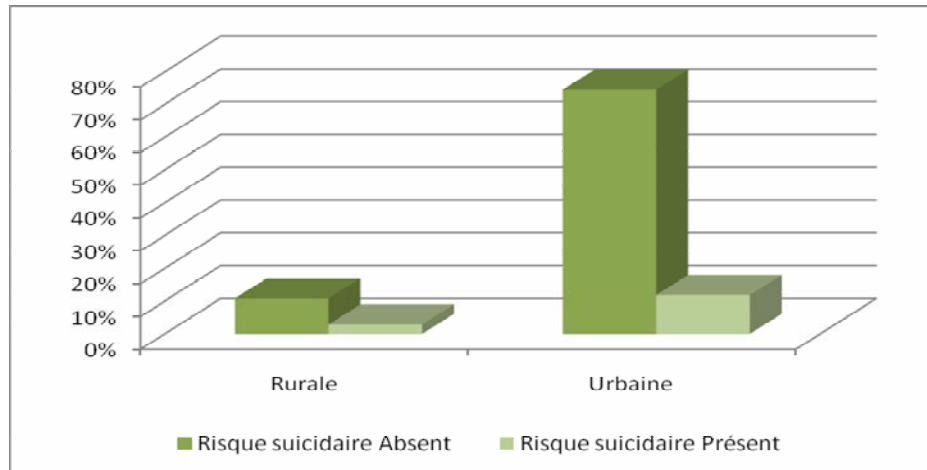


Figure n33: Risque suicidaire et origine

3-7 Risque suicidaire et niveau socio économique:

On a retrouvé risque suicidaire majoritairement chez les patients dont le revenu mensuel familial est entre 1000dh et 2 000dh (5.7%). Cette différence est statistiquement non significative ($p=0.062$).

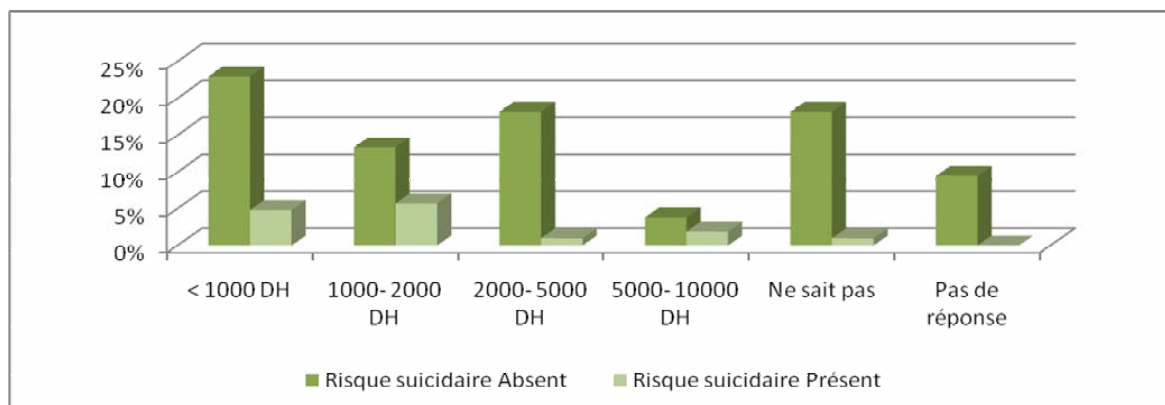


Figure n34: Risque suicidaire et niveau socio économique

Au total, le risque suicidaire était plus fréquent surtout chez les femmes au foyer, chez les patients âgés de moins de 25 ans, chez ceux sans niveau d'instruction, et surtout les patients d'origine urbaine.

3-8 Tableau récapitulatif:

Tableau n VI: Récapitulation du Risque suicidaire

	Caractéristiques	Participants à l'étude n= 105				P
		Oui	Non	Oui	Non	
Sexe	Féminin	12	53	11.40%	50.5%	0.119
	Masculin	3	37	2.9%	35.2%	
Age	< 25 ans	8	31	7.7%	29.8%	0.513
	25– 35 ans	2	23	1.9%	22.1%	
	36– 45 ans	3	12	2.9%	11.5%	
	46– 55 ans	1	9	1%	8.7%	
	> 55 ans	1	14	1%	13.5%	
Niveau d'Instruction	Aucun	8	47	7.6%	44.8%	0.682
	Coranique	0	4	0%	3.8%	
	Primaire	4	13	3.8%	12.4%	
	Secondaire	1	10	1%	10.5%	
	Universitaire	2	15	1.9%	14.3%	
Mode de Vie	Avec Conjoint	6	11	5.7%	10.5%	0.183
	Avec la famille	5	45	4.8%	42.9%	
	Avec la belle famille	2	18	1.9%	17.1%	
	Avec les Amis	2	14	1.9%	13.3%	
	Autres	0	2	0%	2%	
Profession	Femme au foyer	10	46	9.7%	44.7%	0.253
	Cadre supérieur Public	0	1	0%	1%	
	Cadre moyen privé	1	3	1%	2.9%	
	Ouvrier Qualifié	1	6	1%	5.8%	
	Ouvrier Non Qualifié	0	1	0%	1%	
	Service de Sécurité	0	1	0%	1%	
	Petit Commerce	1	0	1%	0%	
	Petit Agriculteur	2	30	1.9%	29.1%	
Origine	Rurale	3	11	2.9%	10.8%	0.444
	Urbaine	12	76	11.8%	74.5%	
Niveau Socio-économique	< 1000 DH	5	24	4.8%	22.9%	0.062
	1000– 2000 DH	6	14	5.7%	13.3%	
	2000– 5000 DH	1	19	1%	18.1%	
	5000– 10000 DH	2	4	1.9%	3.8%	
	Ne sait pas	1	19	1%	18.1%	
	Pas de réponse	0	10	0%	9.5%	



I-GENERALITES :

1- Etude clinique

1-1 Clinique du syndrome dépressif

Un syndrome dépressif réalise l'association clinique à des degrés variables, de symptômes émanant de perturbations émotionnelles, psychomotrices, conatives, cognitives et végétatives évoluant depuis plus de 15 jours.

a. Humeur dépressive

Elle comporte une tristesse profonde et une douleur morale plus ou moins prononcée, un pessimisme globale un sentiment de culpabilité, un passé de regret, un présent de tristesse, un avenir sans perspective, et parfois des idées de mort.

b. Ralentissement psychomoteur

C'est une perte de l'élan vital, avec asthénie psychique, physique, intellectuelle et sexuelle, un ralentissement idéique avec des difficultés de concentration, une perte des intérêts, du rendement et des plaisirs, une hypo ou anesthésie affective masquée parfois derrière une irritabilité ou une agressivité, et enfin un ralentissement des activités, une lenteur des gestes, de la mimique et de la parole.

c. Troubles conatifs

Une diminution des capacités d'effort et d'initiative, d'un fléchissement des tendances à agir et de volonté.

d. Troubles cognitifs

Les troubles intellectuels, tels que l'attention diminuée, les troubles de la concentration, les oublis plus fréquents, ou d'autres troubles de la pensée, sont appelés troubles cognitifs ou troubles neuropsychologiques.

e. **Signes végétatifs**

Les signes des perturbations somatiques générales induites par le processus psychobiologique de la dépression sont constants.ils sont représentés comme suit :

f. **Asthénie**

C'est une asthénie inexplicquée, qui se caractérise par sa très nette aggravation à l'effort, fatigabilité pénible, particulièrement lors des efforts psychologiques en rapport avec des actes sociaux.

g. **Troubles de sommeil**

Le sommeil est régulièrement perturbé; insomnie dans la plupart des cas, mais parfois une hypersomnie

h. **Perturbation de l'appétit**

La plus courante est l'anorexie. Une augmentation de l'appétit est plus rare, avec crises boulimiques

i. **Troubles sexuelles**

Une Baisse de l'énergie sexuelle et de libido : baisse de la libido, retard à l'orgasme ou difficultés d'érection.

j. **Troubles digestifs**

Des Sensations diverses de lenteur digestive, de ballonnements, constipation sont fréquentes.

k. **Troubles urinaires**

Une Pollakiurie anxieuse, dysurie, brulures peuvent être rapportées.

l. **Troubles cardio-vasculaires**

Un pic hypertensif, tachycardie, bouffées vasomotrices avec rougeur du visage, sont possibles en particuliers au cours des états dépressifs avec lutte anxieuse, tandis que l'hypotension et la bradycardie vagotoniques caractérisent les dépressions ralenties.

m. Troubles neuromusculaires

Affaiblissement de la force musculaire, contractures, crampes douleurs erratiques, tressautement, paresthésie, céphalées, troubles cénesthésiques, sensations vertigineuses, etc....sont courants, pouvant occuper le devant du tableau clinique.

n. Anxiété associée

Tout état dépressif s'accompagne, à des degrés divers, de manifestations symptomatiques d'anxiété généralisée :

Tension nerveuse, secousses musculaires, tressautement, hyperactivité du système nerveux autonome (gêne respiratoire, palpitations, sécheresse, nausées, pollakiurie, gorge nouée, contractions, etc...), exacerbation de la vigilance, éréthisme, agitation improductive.

En définitive, l'impact de la dépression sur la qualité de vie des malades et de leur entourage est considérable. Pour la personne déprimée, la vie quotidienne et ses habituelles contraintes deviennent usantes, démoralisantes, fatigantes. Ces contraintes paraissent insurmontables, d'autant que les symptômes de la dépression peuvent produire un cercle vicieux ; le repli sur soi suscite une auto-dévalorisation, un sentiment de culpabilité diffuse qui génère lui-même des pensées tristes, d'où un sentiment d'impuissance, le repli sur soi...

1-2 La dysthymie

Selon le DSM IV, le diagnostic de dysthymie est porté si :

Une humeur dépressive est présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans (sans répit de plus de deux mois) avec présence d'au moins deux des symptômes parmi ceux-ci :

- 1-Anorexie ou hyperphagie.
 - 2-Insomnie ou hypersomnie.
 - 3-Baisse d'énergie ou asthénie.
 - 4-Faible estime de soi.
 - 5-Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.
 - 6-Sentiments de perte d'espoir.
-
-

Les troubles ne sont pas secondaires à :

- 1–Une affection médicale (comme une hypothyroïdie).
- 2–Ni aux effets physiologiques directs d'une substance.
- 3–Ni à un deuil.

Les troubles produisent une souffrance significative ou une altération du fonctionnement du sujet [4].

1-3 Le suicide et tentative de suicide:

Le suicide (du latin sui caedere, se tuer soi-même) est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie.

Pour considérer qu'on est en présence d'un suicide, la mort doit être l'intention de l'acte et non simplement une de ses conséquences.

La tentative de suicide représente un enjeu thérapeutique important mais soulève aussi des problèmes de définition.

Elle est toujours un diagnostic rétrospectif, issu d'une reconstruction et non de l'observation : c'est lorsqu'un suicide n'a pas été fatal qu'il est possible de dire, après coup, qu'il s'agissait d'une tentative.

Pour le groupe d'experts de l'OMS, La tentative de suicide est « un acte à l'issue non fatale par lequel un individu entreprend délibérément un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, causera des dommages auto infligés ; ou qui ingère délibérément une substance en quantité supérieure à celle prescrite, ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener,

via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire (5).

Le risque suicidaire est fonction du degré de sévérité de l'état dépressif, de l'importance de la dévalorisation, qui est maximale dans la mélancolie, de l'activité, de la prégnance des idées de mort et du niveau de l'intentionnalité suicidaire, tous signes qui sont aggravés par l'intensité de l'anxiété (3).

Ainsi, l'idéation suicidaire est d'intensité variable. Interrogation sur l'intérêt de vivre « à quoi bon vivre dans ce monde ? », pensée récurrente de mort où l'interrogation initiale devient plus pressante avec l'idée d'un soulagement envisagé. Apparition d'une intentionnalité de se donner la mort si la situation actuelle se prolongeait. Intentionnalité d'un geste suicidaire avec réflexion sur les modalités possibles de passage à l'acte ultérieur. L'intention manifeste, verbalisée, persistante, de se donner la mort, avec réflexion sur ces possibilités de mise en oeuvre signe le risque imminent de passage à l'acte : les mesures d'urgence s'imposent (6).

Il faut souligner que le potentiel suicidaire peut rapidement varier dans le temps dans le sens d'une aggravation et qu'il existe des dépressions trompeuses qui retardent le diagnostic et la thérapeutique.

2- Para clinique du syndrome dépressif

Un bilan psychologique (dans un laboratoire spécialisé sachant pratiquer des tests d'efficience et de personnalité dans des conditions standardisées) peut mettre en évidence des aspects psychologiques dépressifs (tristesse, ralentissement, pensées négatives...). Il s'agit, par exemple, du test dit MMPI qui comporte plusieurs dizaines de questions pour lesquelles il faut choisir de répondre vrai ou faux.

Pour l'heure, les autres examens para cliniques restent du domaine de la recherche :

❖ Tests neuroendocriniens :

Plusieurs anomalies hormonales ont été mises en évidence dans la dépression dont celles du taux de cortisol, des hormones de croissance (GH) et des hormones thyroïdiennes, qui indiquent l'existence d'une dysrégulation endocrinienne notamment une dysfonction de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénergique (HPA) et/ou une dysrégulation de la fonction thyroïdienne (7).

Le système monoaminergique est aussi modulé par d'autres facteurs : CRH, vasopressine, neuropeptide Y, cytokines, acides aminés excitateurs et facteurs neurotrophiques.

Un modèle qui rend compte de la psychopathologie de la dépression et du mode d'action des antidépresseurs doit prendre également en compte la complexité de la régulation des fonctions du système nerveux central.

❖ **Neuro-imagerie et dépression:**

Les méthodes modernes de neuro-imagerie(8), ne sauraient rendre compte de la subjectivité des états dépressifs. Mais depuis le début des années quatre-vingt, l'imagerie a bénéficié de développements technologiques de plus en plus sophistiqués permettant d'étudier les relations entre la psychopathologie et la structure ou le fonctionnement du cerveau.

Ce sont les premières études d'imagerie fonctionnelle qui ont fait suspecter des anomalies en l'absence de lésion en montrant des déviations reproductibles du fonctionnement cérébral au cours des états psychopathologiques, et aussi leur normalisation éventuelle après rémission.

La recherche s'oriente vers la combinaison d'études anatomiques et fonctionnelles susceptibles de détecter des anomalies cérébrales constituant des facteurs de vulnérabilité à la maladie dépressive, ou de mieux comprendre les effets des traitements entrepris, qu'ils soient établis ou innovants.

La survenue d'états dépressifs chez des patients cérébrolésés a fait suspecter des relations entre lésions cérébrales. En effet, certains ont montré que les symptômes dépressifs étaient d'autant plus marqués chez ces patients que la lésion affectait des régions frontales et qu'elle était proche du pôle antérieur du cerveau. (9)

❖ **Tomographie par émission de positons (TEP):**

Les premières études d'imagerie fonctionnelle dans la dépression ont montré des variations du métabolisme cérébral global du glucose, mesurées en tomographie par émission de positons chez des patients examinés au repos, c'est-à-dire en dehors de toute consigne d'activité mentale. Ces modifications métaboliques peuvent être associées à des modifications régionales portant sur les régions frontales.

Selon Trichal et al (8), Chez un patient déprimé, le métabolisme glucidique diminue dans l'ensemble d'une coupe horizontale du cerveau; de plus, une hypofrontalité relative asymétrique est plus marquée dans les régions préfrontales gauche. Ces altérations se normalisent après un à plusieurs mois de traitement. Ceci peut être rapproché du fait qu'un traitement antidépresseur doit être poursuivi au moins 4 mois après amélioration pour minimiser le risque de rechute.

❖ **L'imagerie par résonance magnétique (IRM):**

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) détecte le signal émis lors des variations de moments magnétiques des atomes d'un tissu en réponse à des changements contrôlés de champs magnétiques. Elle permet de mesurer très précisément l'anatomie cérébrale et les changements de concentration en hémoglobine liés à l'activité régionale du cerveau. La mesure de certains composés biochimiques est également réalisable par spectroscopie RM.

L'IRM permet de mettre en évidence des anomalies cérébrales structurales chez les patients déprimés. Une augmentation de volume des ventricules cérébraux a été notée. De même, quelques études suggèrent une atrophie de certaines régions cérébrales dont les lobes frontaux, tout particulièrement dans les dépressions à début tardif.

De plus, l'hippocampe est la région qui a été tout particulièrement étudiée en raison de son implication dans le stress et la dépression. Il s'agit d'une région cérébrale impliquée dans l'apprentissage et la mémoire. Plus récemment, il a été noté une réduction du volume de l'hippocampe dans les troubles psychiatriques, dont les dépressions récurrentes en relation avec le stress.

❖ **EEG de sommeil:**

Un enregistrement EEG continu durant le sommeil permet de voir une modification de l'architecture du sommeil (raccourcissement de la latence d'apparition des phases de sommeil REM et diminution de la durée totale de ce sommeil REM), y compris chez les déprimés sans trouble du sommeil.

❖ **Examens biologiques**

Un hémogramme, hydro électrolytique, hépatique, thyroïdiens et un bilan sanguin (glycémie et calcémie), sont à faire quasi-systématiquement.

Ces examens biologiques sont réalisés afin de ne pas méconnaître une anémie, une hyponatémie ou hypercalcémie, désordre glycémique ou une hypothyroïdie.

Certains auteurs recommandent la réalisation systématique de sérologie syphilitique en première intention.

Ce bilan permet de détecter une pathologie organique surtout que nous sommes dans un pays en voie de développement, et que les pathologies infectieuses restent fréquentes. Aussi, il représente un bilan pré-thérapeutique nécessaire avant le début du traitement.

3- Complications

3-1 Le suicide

La mort par suicide est un risque majeur. La tentative de suicide est une autre complication : 60% de suicidant (personnes qui commettent une tentative de suicide) présentent un trouble dépressif. La répétition des tentatives de suicide fait croître le risque de mort par suicide. (1)

Les indicateurs de risque suicidaire sont :

- Présence d'idées de suicide.
 - Elaboration d'un plan suicidaire.
 - Antécédent familial de suicide.
 - Antécédent personnel de tentative de suicide.
 - Isolement social.
 - Sexe masculin.
 - Age supérieur à 60 ans.
-
-

3-2 L'abus des substances toxiques

Bien entendu, derrière toute toxicomanie, il faut rechercher un état dépressif. Il convient donc de prendre garde aussi aux nombreuses répercussions sociales pouvant résulter d'un état dépressif, surtout si celui-ci n'est pas diagnostiqué et traité.

4- Diagnostic différentiel de la dépression:

Le diagnostic positif de la dépression est facile. Il faut seulement éviter certains écueils.

4-1 Tristesse et dépression

La tristesse survient le plus souvent après un facteur causal et n'entraîne pas d'incapacité fonctionnelle. Par ailleurs, une tristesse isolée ne suffit pas à porter le diagnostic de la dépression.

4-2- Deuil et dépression

La plupart des symptômes constitutifs du syndrome dépressif (humeur dépressif, pleurs, perte d'intérêt, trouble de la concentration, de l'appétit, du sommeil...) s'installent durablement au cours de l'état de deuil.

Certains symptômes sont plus particuliers à l'état de deuil : les douloureux sentiments d'injustice, de révolte et de colère.

D'autres y sont qualitativement différents, ou absents facilitant le diagnostic différentiel. L'idéation suicidaire est rare, prenant surtout l'aspect d'un regret de survivre au défunt, de ne pas le rejoindre dans la mort.

4-3- Anxiété et dépression

Parfois le diagnostic de la dépression est difficile dans les formes d'intensité modérée où l'anxiété est un syndrome prédominant.

Classiquement l'effet anxieux se distingue de l'affect dépressif, cependant l'affect anxieux est souvent associé à l'affect dépressif. voire le masquer. Ce qui peut être à l'origine d'une prescription d'anxiolytiques qui non seulement ne traitent pas la dépression mais risquent

d'entraîner une dépendance vis-à-vis de ces produits, et plus grave de laisser évoluer la maladie avec le risque important de suicide.

4-4 Dépression et troubles schizophréniques

L'imprécision des frontières cliniques entre les pathologies dépressives et schizophréniques peut entraîner un certain nombre de problèmes de diagnostic différentiel surtout chez les adolescents ou chez les jeunes adultes:

-Sur un plan sémiologique, c'est notamment le problème des dépressions atypiques.

-Sur un plan évolutif : la fréquence des complications dépressives émaillant le cours des schizophrénies pose le problème de leur diagnostic différentiel avec les états dépressifs psychotiques à symptômes délirants non congruents à l'humeur.

-Sur un plan psychopathique, c'est le problème d'un continuum entre d'une part les dépressions psychotiques, les troubles schizo affectifs et les psychoses schizophréniques, et d'autre part entre la sémiologie dite « déficitaire » de type hétérotypique pur. ces catégories sont difficiles à différencier malgré les études psychométriques.

-Sur un plan nosographique, les difficultés persistent. Dans la classification internationale des maladies mentales sont notées les formes schizo affectives de la schizophrénie « forme de la psychose dans laquelle les symptômes maniaques ou dépressifs prononcés sont mêlés à des symptômes schizophréniques et qui a tendance à la rémission sans déficit permanent mais où la récurrence est fréquente », définition qui nous paraît trop extensive vers la schizophrénie.

5- Le traitement

Le traitement correspond à une combinaison adaptée d'une psychothérapie avec un antidépresseur (9).

Dans la plupart des cas il est ambulatoire et le recours à l'hospitalisation n'est nécessaire que face à un risque suicidaire important ou face à une clinique sévère (mélancolie délirante, anxieuse, stuporeuse ou franche).

5-1 Antidépresseurs (voir tableau VII)

Les propriétés thérapeutiques des antidépresseurs dépassent leur indication préférentielle : les états dépressifs. Ils sont utiles dans d'autres affections en psychiatrie et en médecine générale.

Classifications des antidépresseurs

Elles s'effectuent selon trois axes : la structure chimique, les actions biochimiques, le spectre d'activité ; seule cette dernière classification dite 'thérapeutique' est utile pour le choix thérapeutique.

Classification chimique

Elle a initialement opposé les IMAO définis par une action biologique commune, l'inhibition de la monoamine-oxydase, et les antidépresseurs tricycliques dérivés de l'imipramine, également dénommés imipraminiques, définis par une structure chimique commune. Puis sont apparus les antidépresseurs de seconde génération, non tricycliques et non IMAO.

Classification biochimique

Cette classification repose sur l'action des neurotransmetteurs sérotonino-noradrénergiques, et ou dopaminergique et selon le pouvoir anti cholinergique qui détermine certaines contre-indications.

1. Classifications mono-aminergiques

Elles reposent sur l'action biochimique des antidépresseurs en aigu sur les mono-amines (5 HT, NA et DA)

2. Classification selon l'activité anticholinergique

Elle est utile pour la prescription, car certaines affections (adénome prostatique, glaucome à angle fermé) contre-indiquent la prescription des molécules possédant cette activité.

3. Classification selon l'activité antihistaminique

Les propriétés sédatives d'un antidépresseur dépendent, en partie, de son pouvoir antihistaminique. Certaines molécules ont une grande affinité pour les récepteurs histaminiques comme le trimipramine, l'amitriptyline ou la doxépine ; à l'inverse les molécules comme la désipramine, les inhibiteurs de recapture de la 5 HT et la tianeptine en sont dépourvus.

4. Classification selon l'activité alpha-adrénergique

Celle-ci conditionne aussi l'importance de l'effet sédatif. Les molécules les plus alpha-adrénergiques sont les tricycliques amines tertiaires, la trimipramine, la miansérine, la trazodone.

Classifications thérapeutiques

A côté de la propriété thymo-analéptique fondamentale, les antidépresseurs possèdent d'autres propriétés thérapeutiques latérales qui se manifestent en règle dès le début du traitement. Ces propriétés sont de deux types :

- Sédatif ou anxiolytique pour certains composés dits sédatifs.
- Ou psychostimulant pour les antidépresseurs désinhibiteurs ou psychotoniques ou psychostimulants.

Certains antidépresseurs ont des propriétés sédatives ou stimulantes peu marquées et ils se révèlent plutôt sédatifs ou plutôt stimulants selon les déprimés. Ce sont par exemple l'imipramine ou la clomipramine.

Les dépressions anxieuses ou agitées, avec insomnie et propensions suicidaires, justifient le recours à un antidépresseur sédatif. Les dépressions avec fatigue, ralentissement psychomoteur bénéficient d'un antidépresseur stimulant.

Effets Thérapeutiques des antidépresseurs

Ils peuvent être schématiquement regroupés en cinq rubriques.

Action sur l'humeur ou thymo-analeptique ou antidépressive

Cette propriété peut s'exercer dans toutes les variétés de syndromes dépressifs. La stimulation de l'humeur sous l'effet de l'antidépresseur se manifeste exclusivement chez le sujet déprimé.

Action sur l'anxiété

Certains antidépresseurs dénommés sédatifs présentent des propriétés anxiolytiques qui se manifestent immédiatement et semblent indépendantes des propriétés antidépressives. La propriété anxiolytique des antidépresseurs semble corrélée à l'importance des activités antihistaminiques et/ou alpha-adrénergiques.

Activité de stimulation psychomotrice

Certains antidépresseurs dits psychotoniques ou psychostimulants peuvent stimuler le tonus psychomoteur de manière précoce, indépendamment de l'activité antidépressive. Cette activité de stimulation semble liée à l'action prodopaminergique et/ou anticholinergique des molécules.

Action sur le sommeil

Elle est indirecte. Les antidépresseurs sédatifs favorisent l'endormissement et seront plutôt prescrits le soir. Ils occasionnent parfois une somnolence diurne. A l'inverse, les antidépresseurs psychotoniques peuvent déterminer une insomnie. Les antidépresseurs qui agissent sur la sérotonine en aigu comme l'amitriptyline, la clomipramine, la doxépine.

Indications des antidépresseurs

Les antidépresseurs ont une indication privilégiée, la dépression de l'humeur. Ils agissent également dans d'autres affections psychiatriques sans perturbation thymique. L'indication primaire est surtout les états dépressifs.

Etat dépressif majeur

Soixante à soixante-dix pour cent des patients de cette catégorie répondent à un antidépresseur au bout d'un mois, alors que seulement 20 à 40% sont placebo-répondeurs.

1. Dysthymie

Les IMAO pourraient être particulièrement indiqués. L'étude de Rosenthal et al. montre l'efficacité de la fluoxétine et de la trazodone dans cette indication.

2. Dépression atypique

Les IMAO seraient supérieurs aux tricycliques (55 à 75% vs. 35 à 50%). Les inhibiteurs de recapture de la 5 HT sont également efficaces.

3. Dépression du sujet âgé

Dans la dépression d'involution, les antidépresseurs paraissent moins constamment efficaces, la fréquence des préoccupations hypocondriaques constituant un élément de mauvais pronostic.

4. Dépressions de l'enfant

Elles doivent être traitées par antidépresseurs, mais les critères de choix de l'antidépresseur sont moins bien codifiés que chez l'adulte.

5. Dépressions saisonnières

Dans les dépressions saisonnières, les antidépresseurs semblent inconstamment efficaces. Ils peuvent néanmoins être associés à la photothérapie.

6. Dépressions symptomatiques

Dans les dépressions symptomatiques d'une affection organique (dysendocrinie, Parkinson, Cancer...) les antidépresseurs sont en règle moins efficaces. Un traitement étiologique doit évidemment être recherché.

7. Etat dépressif et pathologie anxieuse

Les tricycliques sont indiqués quand une anxiété généralisée a précédé ou accompagne l'accès dépressif.

8. Etat dépressif et personnalité pathologique

9. Les dépressions au cours des psychoses chroniques

Tableau n°VII: Antidépresseurs

Dénomination commune internationale	Nom commercial et formes pharmaceutiques	Posologie quotidienne usuelle
Inhibiteurs spécifiques de la récapture de sérotonine		
Escitalopram	Seroplex, cp 10 mg	20 mg
Fluoxétine	Prozac, gél et cp 20 mg, sirop 1 ml= 1 mg	5 à 40 mg
Fluvoxamine	Floxyfral, cp 50 et 100 mg	100 à 300 mg
Paroxétine	Deroxat, cp séc 20 mg, sol buv 10 ml = 20 mg	20 à 60 mg
Sertaline	Zoloft, gél 25 et 50 mg	50 à 100 mg
Chlorhydrate de paroxétine hémihydraté	Paxil, cp 12.5 et 25 mg	25 à 62.5 mg
Citalopram(NC)	Séropam, cp séc 20 mg, sol buv 1 gtte= 2 mg, sol inj 20 et 40 mg	20 à 40 mg
autres antidépresseurs (IRSS)		
Milnacipran(NC)	Ixel, gél 25 et 50 mg	100 mg en 2 prises
Mirtazapine	Romeron, cp 15 mg	15 à 45 mg
Tianeptine	Stablon, cp 12.5 mg	37.5 mg en 3 prises
Venlafaxine	Effexor, cp 25 et 50 mg, gél LP 37.5 mg	75 à 350 mg en 2 ou 3 prises
Chlorhydrate de Duloxétine	Cymbalta, gél 20, 30 et 60 mg	60 mg force de magnésium
Tricycliques et Tétracycliques		
Amitriptyline	Laxoyl, cp 25 et 50 mg, sol buv 1 gtte= 1 mg, sol inj 50 mg	75 à 150 mg
	Elavil, cp 10 et 25 mg	
Amoxapine(NC)	Défanyl, cp séc 50 et 100 mg, sol buv 1ml= 50mg	100 à 400 mg
Clomipramine	Anafranil, cp 10, 25 et (séc) 75 mg, sol inj 25 mg	75 à 150 mg
Désipramine(NC)	Petrofran, cp 25 mg	75 à 150 mg
Dosulépine(NC)	Prothiaden, gél 25 mg, cp 75 mg	75 à 150 mg
Doxépine(NC)	Quitaxon, cp séc 10 et 50 mg, sol buv 1 gtte= 0.5 mg, sol inj 25 mg	10 à 300 mg
Imipramine	Tofranil, cp 10 et 25 mg	75 à 150 mg
Maprotilie	Ludiomil, cp séc 25 et cp 75 mg, sol inj 25 mg	75 à 150 mg
Trimipramine	Surmontil, cp séc 25 et 100 mg, sol buv 1 gtte= 1 mg	75 à 150 mg
autres antidépresseurs (Tricycliques et Tétracycliques)		
Miansérine	Athymil, cp 10, 30 et (séc) 60 mg	
Viloxazine	Vivalan, cp séc 100 mg, cp LP 300 mg, sol inj 100 mg	300 à 600 mg
Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase		
Iproniazide(NC)	Marsilid, cp séc 50 mg	50 à 150 mg en 2 ou 3 prises
Moclobémide(NC)	Moclamine, cp séc 150 mg	450 mg en 2 ou 3 prises
Toloxatone(NC)	Humoryl, gél 200 mg	600 mg en 3 prises

NC= non commercialisés au Maroc

5-2 Psychothérapie

Il existe plusieurs types de psychothérapies codifiées : thérapies de soutien thérapies, comportemento-cognitives, thérapie interpersonnelle, thérapie éducative, thérapies de groupe, Thérapie à plus long terme et La thérapie analytique. Ce type de prise en charge comporte plusieurs avantages :

-absence d'effets secondaires physiologiques.

-efficacité possible chez certains patients non répondeurs aux thérapeutiques biologiques.

-possibilité théorique de favoriser la prévention des récurrences par une meilleure compréhension et/ou l'évitement des situations favorisant une rechute.

Les thérapies de soutien se fondent sur l'établissement d'une relation verbale dans laquelle les effets de transfert ne manquent pas de se manifester. Ceci, d'autant plus que la présence du thérapeute y est très proximale par le fait qu'elle se manifeste par des attitudes de réassurance.

Dans les psychothérapies de soutien l'objectif sera, avec le patient déprimé, de l'amener à expliciter ses difficultés actuelles, de l'aider à cerner les conditions de survenue de l'état dépressif, de le soutenir dans des décisions appropriées, qu'il aura lui-même mises à jour dans le travail psychothérapique.

Les thérapies comportemento-cognitives représentent l'application des principes de psychologie scientifique à la pratique clinique .elles sont fondées d'abord sur les théories de l'apprentissage, puis ont pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique.

Les thérapies interpersonnelles brèves visant à améliorer les relations avec les autres et à éviter certaines situations conflictuelles.

Les thérapies éducatives permettant aux patients de bien connaître leur maladie et les traitements appropriés.

Les thérapies de groupe utilisées pour diminuer les sentiments d'isolement chez les patients.

Les thérapies à plus long terme pour consolider les gains réalisés après une thérapie à court terme.

La thérapie analytique peut être utile après la période aiguë de la maladie afin de résilier certains conflits persistants.

Les troubles dysthymiques chroniques sont souvent associées à des difficultés sociales et relationnelles. Ces patients expriment souvent leur besoin d'assistance pour la maîtrise de leurs difficultés psychologiques et socio-professionnelles. Cet ensemble de particularités confère toute sa valeur à la prise en charge psychothérapeutique des dysthymies

5-3 Electroconvulsiothérapie

Malgré les progrès considérables de la psychopharmacologie, l'électroconvulsiothérapie (ECT) demeure, cinquante ans après sa découverte, la dernière survivante des thérapies de choc. Thérapeutique encore irremplaçable, l'ECT a vu ses indications se limiter préférentiellement aux états mélancoliques.

II- Discussion des résultats de l'étude

1- L'étude de l'épisode dépressif majeur en médecine générale

1-1 La prévalence de l'épisode dépressif majeur:

La dépression représente un problème de santé public majeur dans le monde.

Selon l'OMS, elle est la 5ème cause de morbidité dans la population générale mondiale, la 2ème chez la population entre 15 et 40 ans. La prévalence en population générale au Maroc selon l'OMS est par ailleurs de 26,5% (15% après nettoyage des résultats), ce qui prouve que la dépression est beaucoup plus constatée en contexte de soins primaires. (1)

Nous avons estimé utile de comparer nos résultats avec ceux d'études récentes effectuées dans différents pays de part le monde, et depuis 1979 jusqu'au 2007.

Notre étude a permis de constater que la prévalence de l'épisode dépressif majeur en soin de santé de base était de 23.8%.

Parallèlement à l'augmentation de la prévalence de la dépression, la consommation des antidépresseurs a aussi augmenté (10).

D'après la littérature, la prévalence à un moment donné des symptômes dépressifs variait de 3% à 32%, selon le type de population étudiée et les critères diagnostics appliqués (9).

En 1979, en France Hoepfer et coll ont trouvé une prévalence d'environ 6% de l'épisode dépressif majeur en médecine générale. Cette étude a utilisé les critères diagnostiques du RDC (Research Diagnostic Criteria). (11)

En 1984, Aux États-Unis, le National Institute of Mental Health (NIMH) a mené une étude sur une large échelle en médecine générale. Elle portait sur une population de 18000 habitants, repartis dans trois régions. Les critères de diagnostic utilisés avaient pour référence le DSM III. La prévalence des épisodes dépressifs majeurs se situait entre 3,7 et 6,7%. (12, 13,14)

En 1986, en France, Rouillon d'après une revue de la littérature a estimé que la prévalence de l'EDM se situait entre 10 et 20% en médecine générale. (15,16)

Dépressions en soins de santé de base

En 1988, en France, Barette a effectué une étude portant sur 1160 consultants en médecine générale, 10% de la population étudiée présentaient des symptômes dépressifs. Les critères diagnostiques utilisés étaient ceux de RDC (Research Diagnostic Criteria). (17)

En 1992, au Maroc, Mouchtak. N dans son enquête épidémiologique sur la dépression majeure en médecine générale a montré que la prévalence de la dépression était de 6.4%. (18)

En 1999, en Espagne, RUIZ-DOBLADO a rapporté que sur un échantillon de 221 patients, 5 à 10% des consultants en réseaux de soins primaires présentaient un EDM. (19)

En 2000, en Allemagne, Hans-ulrich a retrouvé une prévalence de 10% de la survenue d'un EDM en réseaux du soin primaire (20).

EN 2001, aux États-Unis, DIDDEN a rapporté que sur un échantillon de 135 patients consultants en médecine générale, 16% présentaient un EDM. (21)

En 2003, en France, et selon Cohidon et Santin, la survenue d'un EDM est estimée à 14,6% en médecine générale. (22)

En 2004, en Italie, BALESTRIERI a rapporté que sur un échantillon de 2093 patients consultants chez le médecin de famille, 18,3% des consultants souffraient d'EDM. (23)

En 2005, En Hollande, la prévalence de la survenue d'un EDM en médecine générale était de 30%. (24)

EN 2006, en USA, la prévalence de la survenue d'un EDM en médecine variait entre 52 à 56%. (25).

En 2007, en Uganda, 31,6% de la population consultant en réseau de soins primaires souffraient d'un EDM. (26)

**Tableau n°VIII : Comparaison de notre prévalence de l'EDM
avec d'autres études.**

Etude	Année	Pays	Population	Prévalence
Hoeper et coll	1979	France	Médecine générale	6%
Regier	1984	USA	Médecine générale	3,6%–6,7%
Rouillon	1986	FRANCE	Médecine générale	10%–20%
Barett	1988	FRANCE	Médecine générale	10%
Mouchtak	1992	MAROC	Médecine générale	6,4%
Ruiz–Doblado	1999	Espagne	Médecine générale	10%
Hans–ulrich	2000	Allemagne	Médecine générale	10%
Didden	2001	USA	Médecine générale	16%
Cohidon et Santin	2003	FRANCE	Médecine générale	14,6%
Balestrieri	2004	Italie	Médecine générale	18,3%
Titus	2005	Hollande	Médecine générale	30%
Jurjen	2006	USA	Médecine générale	52%–56%
Argen	2007	Uganda	Médecine générale	31,6%
Notre étude	2005	Maroc	SSB	23.8%

1-2 Trouble dépressif et médicaments prescrits:

Nous avons trouvé dans notre étude que Les anxiolytiques et les antidépresseurs n'ont été prescrits que chez 4 patients.

Selon la littérature, la prescription d'antidépresseurs serait trop importante en médecine générale et en même temps, certaines enquêtes en population générale montreraient une prise en charge insuffisante des patients dépressifs avec des traitements antidépresseurs. (27)

Une étude sur la consommation des psychotropes a été conduite par Beardsley sur la prescription des psychotropes par les médecins généralistes et psychiatres, a montré que les antidépresseurs sont plus prescrits par les psychiatres que par les médecins généralistes, ceux ci prescrivaient surtout les anxiolytiques. (27)

Les mêmes conclusions ont été tirées par l'équipe Moussaoui et Chemsouli à la suite d'une étude faite en 1991 à Casablanca, sur la consommation des psychotropes. (28). L'enquête comparative menée auprès des psychiatres et des médecins généralistes montre que la majorité des psychotropes prescrits par les médecins généralistes étaient des sédatifs, et les antidépresseurs n'étaient prescrits que dans 3%.

Une autre étude réalisée aux USA auprès de médecins généralistes, et qui a montré, par référence aux critères du DSM III, un fréquent sous-diagnostic de la dépression (50 personnes sur 372 testées) et par conséquent une prise en charge insuffisante des patients dépressifs avec une non prescription de traitement antidépresseur (29).

Ces difficultés de diagnostic des troubles dépressifs en médecine générale ont également été étudiées par Aragonés et coll en Espagne (30). Dans leur étude, la référence est un critère de dépression établi par deux enquêteurs sur base d'un dépistage par le Zug's Self-Rating Depression Scale (SDS) réalisé par le premier enquêteur avec confirmation par le deuxième au moyen du Structured Clinical Interview du DSM IV. Les médecins généralistes avaient détecté 72% des sujets jugés déprimés par ces tests et 43% de ceux-ci avaient reçu une prescription d'antidépresseurs. Les personnes non diagnostiquées comme étant dépressives par le médecin généraliste étaient souvent celles qui présentaient des signes plus légers de dépression. (30)

Aragones et coll ont publié une nouvelle étude concernant le surdiagnostic de la dépression en médecine générale en Espagne, avec un taux important de 26,5% pour les critères du DSM IV. Ces auteurs notaient comme facteurs indépendants de surdiagnostic certains scores d'évaluation élevés autres que le DSM IV (SDS précité, Global Assessment of Functioning score), une anamnèse de dépression ou la présence d'une anxiété généralisée. Ils ont conclu que les médecins généralistes ont considéré comme déprimés des patients ne présentant pas les critères classiques de dépression mais ayant des antécédents de dépression ou présentant une détresse psychologique pouvant être prodromale d'un futur trouble dépressif. (31)

1-3 Dépression et sexe:

Dans notre étude, la majorité des patients déprimés était de sexe féminin (17.1%), alors le sexe masculin ne représentait que (6.7%)

Beaucoup d'auteurs ont parlé de la fréquence plus élevée de la dépression chez la femme. Mais actuellement, de plus en plus d'auteurs rapportent une atténuation de cette différence entre les deux sexes (32,33 ,34)

The National Institut of Mental Health aux Etats-Unis, dans une première enquête a trouvé que les 2/3 des patients déprimés étaient des femmes (35,36).

En 1992, au Maroc, Mouchtak dans son enquête a trouvé que 7.9% des sujets jugés déprimés étaient de sexe féminin, alors que seulement 4% des sujets déprimés étaient de sexe masculin (17).

En 2001, en Europe, AYUSO-MATEOS et VAZQUEZ-BARQUERO (the european outcome of depression international network) ont détecté que 10,05% des sujets jugés déprimés sont de sexe féminin alors que seulement 6,61% des sujets déprimés étaient de sexe masculin(37).

En 2003, en Australie, WILHELM et MITCHELL ont rapporté que parmi 1033 consultants en médecine générale, 10% des patients souffrant d'une dépression étaient de sexe féminin, et seulement 6,6% étaient de sexe masculin(38).

En 2004, en Arabie Saoudite, BECKER a rapporté que parmi 431 consultants en médecine générale, 45 % des patients souffrant d'un EDM étaient de sexe féminin, et seulement 31% étaient de sexe masculin (39).

Cette différence de prévalence entre les deux sexes peut être expliquée du fait que la femme consulte généralement plus que l'homme (17).

L'alcoolisme plus fréquent chez l'homme, serait dans certains cas, un équivalent dépressif, mode d'expression différent, mais moyen socialement admis dans les pays occidentaux, l'alcoolisme serait pour l'homme une manière d'échapper au recueil épidémiologique de la dépression. Au Maroc, certaines des toxicomanes au hashich sont à considérer comme des équivalents dépressifs (17).

Angst a essayé de trouver la raison à cette prépondérance apparente, ils ont mené une étude à la population de Zurich âgée de 23 à 24 ans, l'étude a été menée sur des périodes différentes de quatre semaines, trois mois et un an.

Le nombre de symptômes nécessaires pour porter le diagnostic de dépression chez la femme était de 5 parmi 8 symptômes, le nombre de symptômes nécessaires chez l'homme n'était que 3 symptômes parmi 8.

Pourtant, contrairement à toute attente, la prévalence de la dépression est restée faible chez l'homme (40).

Weissman et Klerman dans leur travail épidémiologique sur la dépression chez la femme, avaient essayé, sans succès de trouver des facteurs endocriniens. Seuls les troubles thymiques du post-partum pouvaient être retenus comme une réalité incontestable. (41)

**Tableau n°IX : Comparaison de notre prévalence de l'EDM chez les deux sexes
avec d'autres études.**

Etude	Année	Pays	Population	Prévalence chez les femmes	Prévalence chez les hommes
Regier	1984	USA	Médecine générale	33%	11%
Mouchtak	1992	MAROC	Médecine générale	7,5%	4%
Ayuso et vaquez	2001	Europe	Médecine générale	10,05%	6,61%
Wilhelm et Mitchell	2003	Australie	Médecine générale	10%	6,6%
Becker	2004	Arabie Saoudite	Médecine générale	45%	31%
Notre étude	2005	MAROC	Médecine générale	17.1%	6.7%

1-4 L'épisode dépressif majeur et âge:

L'âge de la population de notre étude variait entre 18 et 80 ans avec une prédominance féminine de 62%. L'âge moyen était de 40 +/- 17 ans et 6 mois.

Dans notre étude le patient était relativement jeune: l'épisode dépressif majeur était plus marqué chez les jeunes patients consultants ayant moins de 25 ans, avec un taux de 12.5%, et qui diminue avec l'âge.

En 1992, au Maroc, Mouchtak dans son étude épidémiologique a trouvé que l'âge moyen des sujets déprimés est de 40+/- 6,5 ans pour les femmes, et celui des sujets déprimés de sexe masculin était de 26+/- 3,2 (17).

En 2003, en Allemagne, rothermund a démontré que vers l'âge de 70 ans et plus, les gens étaient plus stables sur le plan psychique (42).

Eaton a trouvé que la population jeune canadienne sont plus déprimés car 5% des patients âgés de moins de 25 ans, présentaient un EDM, alors que 1.9% seulement des patients âgés de plus de 65 ans présentaient un EDM (43).

D'après une étude de Douki mené chez la femme tunisienne, et utilisant DSMIII comme outil diagnostique, le profil-type est celui d'une femme de 35 ans issue d'un milieu économiquement faible (44).

Klerman et Weissman ont analysé des résultats d'une dizaine d'études épidémiologiques, employant des critères diagnostiques comparables (RDC3, DSMIII, ICD9), ont montré que les dépressions étaient de plus en plus fréquentes et débutaient à un âge de plus en plus précoce (41).

Klerman et Weissman soulignaient, pour expliquer cela : les récents changements démographiques, l'augmentation de l'urbanisation, la plus grande mobilité, responsables d'une perte des racines et les changements dans la structure des familles et dans le rôle des femmes (41).

En 2004, en France, MENCHETTI a publié une étude qui a conclue que l'EDM était plus marqué chez les patients de plus de 65 ans. (45)

Copeland, dans une étude anglaise, a montré que le survenue d'un EDM dans la population de Liverpool était plus marqué chez les sujets âgés de plus de 65ans, et elle représentait 10 à 15% de la population générale. (46).

Douki et Coll ont trouvé une prédominance de l'EDM en médecine générale dans la tranche d'âge comprise entre 45 et 65 ans, et ils étaient surtout de sexe féminin. (47)

**Tableau n °X : Comparaison du pic d'âge de survenu de l'EDM
de nos patients avec ceux des autres études.**

Etude	Année	Pays	Population	Pic d'âge de survenu de l'EDM
Eaton	1984	canada	Médecine Générale	<25 ans
Douki et Coll	1988	France	Médecine Générale	45 ans-65ans
MouchtK	1992	Maroc	Médecine Générale	40+ /-6.5 ans
Douki	1991	France	Médecine Générale	35 ans
Copeland	2002	Angleterre	Médecine générale	> 65 ans
Rothermund	2003	Allemagne	Médecine Générale	70 ans
Manchetti	2004	France	Médecine Générale	> 65 ans
Notre étude	2005	Maroc	SSB	18 ans -25 ans

1-5 L'épisode dépressif majeur et niveau d'instruction:

Selon notre étude, les patients jamais scolarisés étaient les plus déprimés (13.3%).

De même, et selon l'OMS les gens qui avaient un faible niveau d'instruction présentaient le plus souvent des troubles de l'humeur, notamment la dépression (1).

En 2002, en Belgique, Lydia a rapporté que les troubles dépressifs, étaient plus concentrés dans les couches les moins scolarisées de la population (48).

D'après une étude de Douki et Coll, menée chez la femme tunisienne, le profil type de l'échantillon étudié était celui d'une femme avec un niveau d'instruction moyen (47).

Mouchtak dans son étude épidémiologique a trouvé que Les troubles dépressifs touchaient surtout les patients jamais scolarisés (17).

Barett et coll ont trouvé une prédominance de l'EDM chez les sujets dont le niveau d'étude était bas. (16)

1-6 Dépression et profession:

Dans notre étude, Plus que la moitié des sujets étaient sans profession (53,3%), avec 14.6% des patients qui ont présentés un EDM étaient des femmes au foyer.

Mouchtak a rapporté que l'EDM survenait surtout chez les femmes au foyer (17).

Douki et Coll ont constaté que les sujets les plus déprimés n'avaient aucune qualification professionnelle particulière (47).

Les résultats de Warheit étaient proches des nôtres: les sujets qui présentaient un EDM étaient généralement sans emploi pour la plupart d'entre eux (49).

En 2007, une étude transversale multicentrique a été menée en France. La prévalence diffère selon le statut d'emploi de manière systématique: les chômeurs présentaient la prévalence de troubles la plus élevée, avec souvent, chez les hommes, des prévalences deux fois supérieures à celles des actifs occupés (troubles dépressifs et consommation de toxiques). Les retraités présentaient des prévalences inférieures à celles observées dans l'ensemble de la population (50).

Le sexe féminin, le jeune âge, le bas niveau d'instruction et le chômage sont apparemment des facteurs favorisant et à l'origine de décompensation dépressive.

2- Etude de la dysthymie en médecine générale

2-1 Prévalence de la dysthymie:

Selon notre étude la prévalence de la dysthymie était de 13% chez les patients vus en consultation du médecin généraliste.

En 1999, au Canada, Brown a montré que 5.1% de la population canadienne générale souffraient d'une dysthymie (51), alors qu'en Espagne et en même année, RUIZ-DOBLADO a rapporté que sur un échantillon de 221 patients consultants en médecine générale, 10% présentaient une dysthymie (19).

En 2001, aux Etats-Unis DIDDEN a rapporté que sur un échantillon de 135 patients consultants en médecine générale, 16% présentaient une dysthymie (21).

En 2002, au Brésil, SCHIFNAGEL AVRICHIR a rapporté que sur un échantillon de 81 patients consultants en médecine générale, 27 % présentaient une dysthymie (52).

En 2007, au Maroc, Le ministère de la santé marocain, dans une récente étude, estime la prévalence de la dysthymie dans la population générale à 11.4%.

Tableau n°XI : Comparaison de notre prévalence de dysthymie avec d'autres études.

Etude	Année	Pays	Population	Prévalence
Brown	1999	Canada	Médecine générale	5,1%
Ruiz-Doblado	1999	Espagne	Médecine générale	10%
Didden	2001	USA	Médecine générale	16%
Schifnagel avrichir	2002	Brésil	Médecine générale	27%
Le ministère de la santé	2007	Maroc	Population générale	13%
Notre étude	2005	Maroc	Médecine générale	13%

2-2 Dysthymie et sexe:

Dans notre étude, Le survenu de la dysthymie était plus important chez les femmes (9,5%) que chez les hommes (3,8%).

L'étude effectuée en Belgique en 2002 a noté que les femmes sont plus exposées à la dysthymie par rapport aux hommes : 5.9% chez les femmes et 3.3% chez les hommes. (53)

**Tableau n° XII : Comparaison de notre prévalence de dysthymie
chez les deux sexes avec d'autres études.**

Etude	Année	Pays	Population	Prévalence chez les femmes	Prévalence chez les hommes
Bland	2002	Belgique	Médecine générale	5.9%	3.3%
Notre étude	2005	MAROC	Médecine générale	8.6%	3.8%

3- Etude de la suicidalité en médecine générale:

3-1 la prévalence de la suicidalité

Dans notre étude, la prévalence de la suicidalité était de 14.3%, seulement 1% des patients présentaient un risque suicidaire élevé, ce taux se rapproche de celui rapporté dans la littérature (14,8% en USA) (25).

Une autre étude finlandaise en 1998 a montré que la prévalence de la suicidalité était estimée à 1% de la population générale (54).

Tableau n° XIII: Comparaison de la prévalence de la suicidalité avec d'autres études

Etude	Année	Pays	Population	Prévalence
Hintikka	1998	Finlande	Population Générale	1%
Friedman	2005	USA	Médecine Générale	14.80%
Notre étude	2005	Maroc	SSB	14.30%

3-2 Suicidalité et sexe:

Selon notre étude les femmes présentaient une suicidalité plus élevée par rapport aux hommes (11.4% pour le sexe féminin, 2.9% pour le sexe masculin).

Par contre le risque suicidaire était plus important chez l'homme que chez la femme, avec un sexe ratio de trois à quatre hommes pour une femme, selon une étude effectuée à Londres en 1996 (55). Ce risque s'est nettement accru ces dernières années (55,56).

Wessman a montré que la suicidalité chez la femme était de l'ordre de 0.9%, alors que chez l'homme, elle était de l'ordre de 1.1%.(41)

Tableau n° XIV: Comparaison de la prévalence de la suicidalité chez les deux sexes avec d'autres études

Etude	Année	Pays	Population	Prévalence de la suicidalité chez les femmes	Prévalence de la suicidalité chez les hommes
Wessman	1979	New Zélande	Médecine Générale	0.9%	1.1%
Lovestone	2006	Angleterre	Médecine Générale	7.00%	23%
Notre étude	2005	Maroc	SSB	11.40%	2.90%

3-3 Suicidalité et âge:

Dans notre étude, on a noté que la prévalence de la suicidalité diminuait quand on passait d'une tranche d'âge à une autre:

La suicidalité était plus marquée chez les jeunes patients consultants, âgés de moins de 25 ans, et présentait 7.7%, alors les patients âgés de plus de 55 ans, ne présentaient que 1%.

En 1990, une étude effectuée en population belge a montré que la suicidalité chez les jeunes était plus élevée par rapport à la population âgée (57) :

En Wallonie : la suicidalité était plus élevée au niveau de la tranche d'âge de 20-39ans (58).

En Flandre : la suicidalité était plus élevée au niveau de la tranche d'âge de 30-49ans (58).

Des résultats similaires étaient rapportés par une étude canadienne qui montre que la tranche d'âge de la population générale qui présentait la prévalence de la suicidalité la plus élevée était celle des moins de 24ans. (59)

Par contre, la situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2004 a montré que la suicidalité augmentait avec l'âge, avec 2 pics: la tranche d'âge de 25 à 34 ans et la tranche d'âge de plus de 85ans. (60).

3-4 prévalences des idées suicidaires:

Dans notre étude 1% de la population générale présentaient des idées suicidaires.

Kessler a montré que le survenu des idées suicidaire chez la population générale est estimé à 13.5% dont le survenue était plus marqué chez les femmes. (61)

Wessman, en 1999 a montré que la survenue des idées suicidaires était estimée à 18.5% da la population en New Zealand. (41)

Dépressions en soins de santé de base

En Danemark, en 2000, les pensées suicidaires chez la population danoise étaient estimées à 6.9%. (62,63)

En Suède, une étude était effectuée entre 1986 et 1996 a montré que 12.5% de la population présentaient des idées suicidaires. (64)

En 2007, en France, Kubach a rapporté d'après une enquête auprès de 45 médecins généralistes que 4% des patients consultants en médecine générale présentaient des idées suicidaires. (65)

Tableau n° XV: Comparaison de notre prévalence des idées suicidaire avec d'autres études

Etude	Année	Pays	Population	Prévalence des idées suicidaire
Devrimici	1986- 1996	Suede	Population Générale	12.50%
Kessler	1999	France	Population Générale	13.50%
Wessman	1999	New Zélande	Population Générale	18.50%
Kjoler	2000	Danemark	Population Générale	6.90%
Devrimici & Sayil	2003	Turquie	Médecine générale	3.60%
Friedman	2005	USA	Médecine générale	14.80%
Gohier	2005	France	Médecine générale	4,1
kubach	2007	France	Médecine générale	4.00%
Notre étude	2005	Maroc	SSB	1.00%

3-5 prévalences des tentatives de suicide:

Dans notre étude la prévalence des tentatives de suicide était estimée à 1%.

Kessler a montré que la prévalence des tentatives de suicide dans la population générale était de 4.6% (61).

Wessman en 1999 a montré que la survenue des tentatives de suicide était estimée à 5.93% de la population de Christchurch, New Zealand (41).

En Danemark en 2000, les tentatives de suicide chez la population danoise était estimée à 3.4%. (62)

En Suède, une étude était effectuée entre 1986 et 1996 a montré que 0.6% de la population ont présenté des tentatives de suicide. (64)

En France, en 2001, Maillot a rapporté d'après une étude faite dans des cabinets de 339 médecins généralistes que 3,6% des consultants présentaient des tentatives de suicide. (66)

En USA, en 2003, une étude effectuée à Latvia, et qui a montré que la prévalence des tentatives de suicide est estimé à 8.1% de la population générale. (67)

En 2005, en USA, Friedman a rapporté que 8% des patients consultants en médecine générale présentaient des tentatives suicidaires. (67)

En 2007, en France, Kubach a rapporté d'après une enquête auprès de 45 médecins généralistes que 5,4% des patients consultants en médecine générale présentaient des idées suicidaires. (65)

**Tableau n° XVI: Comparaison de notre prévalence des tentatives de suicide
avec d'autres études**

Etude	Année	Pays	Population	Prévalence des idées suicidaire
Devrimici & Sayil	1986- 1996	Suède	Population Générale	0.60%
Kessler	1999	France	Population Générale	4.60%
Wessman	1999	New Zélande	Population Générale	5.93%
Kjoler	2000	Danemark	Population Générale	3.40%
Maillot	2001	France	Médecine générale	8.1%
Renberg	2003	Latvia	Population Générale	1.00%
Friedman	2005	USA	Médecine générale	8%
kubach	2007	France	Médecine générale	5,4.00%
Notre étude	2005	Maroc	SSB	1.00%

Au total, on note une concordance de la prévalence de l'EDM (23.8%) et de la dysthymie (13.3%) de notre étude avec les résultats trouvés par le ministère de la santé au Maroc, au sein de la population générale (26.5% pour l'EDM et 11.4 pour la dysthymie).

D'après la littérature, la prévalence de l'EDM en médecine générale variait de 3.6% à 52%, et celle de la dysthymie de 4% à 11%.

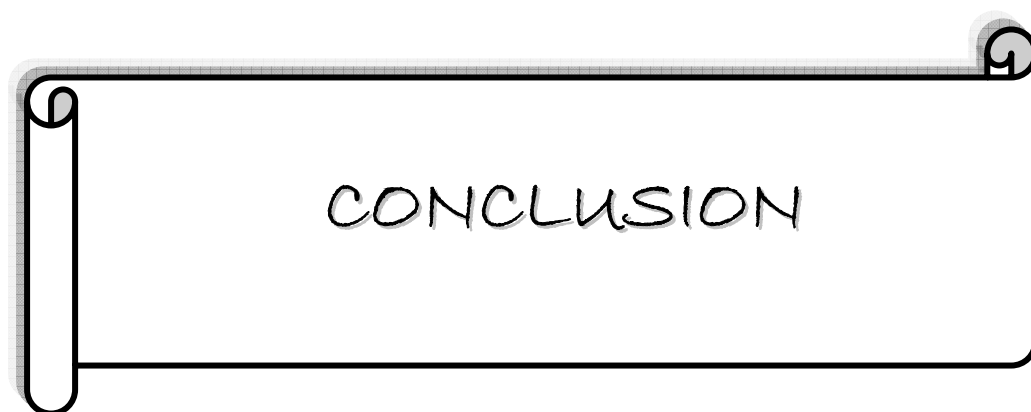
Nos résultats concordait également avec ceux trouvés dans la littérature, concernant la prévalence élevée de la dépression chez le sexe féminin, le jeune âge et les patients ayant un bas niveau d'instruction.

Les limites de notre étude :

Dépressions en soins de santé de base

-l'étude était effectuée dans un seul centre de santé et dans une population ayant un peu près les mêmes caractéristiques socio-économiques.

-l'effectif limite de notre échantillon (N=105).



Au terme de cette étude, menée dans un milieu de consultation de médecine générale auprès de 105 patients, nous pouvons conclure que : les troubles dépressifs sont assez fréquents (23.8% pour l'EDM ; 13% pour la dysthymie ; 14,3% pour la suicidalité). Ils sont le plus souvent d'expression somatique, les plaintes somatiques sont à l'avant-scène et c'est à cause d'elles que le patient vient consulter.

Les résultats de cette étude soulignent également la nécessité d'une meilleure connaissance de la situation marocaine en termes de conséquences sociales, d'utilisations des traitements et d'effets des troubles dépressifs sur la qualité de vie.

C'est dans ce contexte que nous souhaitons souligner l'importance de notre étude. Aussi l'identification et l'évaluation de la prévalence des troubles dépressifs n'importent pas seulement pour des raisons sociales et économiques mais aussi pour la mise en œuvre de soins adéquats pour les troubles qui nécessitent un traitement.

Il serait utile donc d'assurer une formation sur les troubles dépressifs aux personnels soignants dans les centres de soins de santé de base. Ceci afin de briser le filtre qui retarde le dépistage des patients déprimés.

Le recyclage et la formation continue des médecins généralistes pourraient apporter une solution d'appoint pour améliorer le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de ces patients.



**DEPRESSION AU NIVEAU
DES SOINS DE SANTE DE BASE**

A/ LES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

- 1. Age :ans.**
 - 2. Niveau d'instruction :**
 - a. Aucun.
 - b. Coranique.
 - c. Primaire.
 - d. Secondaire.
 - e. Universitaire.
 - f. Formation professionnelle.
 - g. Autres.
 - 3. Quel est le type d'habitat dans lequel vous vivez :**
 - a. Appartement.
 - b. Villa.
 - c. Bidonville.
 - d. Une chambre.
 - 4. Origine :**
 - a. Rurale.
 - b. Urbaine.
 - 5. Est-ce que vous habitez :**
 - a. Avec votre conjoint.
 - b. Avec votre famille.
 - c. Avec votre belle famille.
 - d. Avec des amis.
 - e. Avec des voisins sous le même toit.
 - f. Pas de logement fixe.
 - g. Autre.
 - 6. Profession :**
 - a. Femme au foyer.
 - b. Cadre sup (a-privé b-publique).
-
-

- c. Cadre moy (a-privé b-public).
- d. Ouvrier qualifié.
- e. Service de sécurité (Police, gendarmerie, armée).
- f. Artisanat.
- g. Commerce (a-petit, b-grand).
- h. Agriculture (a-petit, b-grand).
- i. Pêche (a-petit, b-grand).
- j. Employés de service.
- k. Artiste.
- l. Autre.....

7. Nombre d'enfants :

- a. 0
- b. 1-3
- c. 4-5
- d. ≥ 6

8. Niveau socio-économique :

- a. Moins de 1000 dhs.
- b. De 1000 à moins de 2000dhs.
- c. De 2000 à moins de 5000 dhs.
- d. De 5000 à 10000 dhs.
- e. Plus de 10000 dhs.
- f. Ne sait pas.
- g. Sans réponse.

9. Contraception utilisée :

- a. Aucune.
- b. Orale.
- c. Stérilet.
- d. Préservatif.
- e. Autre :.....

10. ATCDS médicaux :

- a. Hypertension artérielle
-
-

- b. Diabète.
- c. Tuberculose.
- d. Autre maladie chronique.
- e. Pb thyroïdien.
- f. Aucune.

11. ATCDS chirurgicaux :

- a. Oui.
- b. Non.

12. ATCDS psychiatriques :

- a. Dépression.
- b. Tentative de suicide.
- c. Accès psychotique aigu.
- d. Hospitalisation psychiatrique.
- e. Consultation psychiatrique.
- f. Autres :.....

13. Motif de consultation :.....

14. Nombre de consultations antérieures pour la même symptomatologie :

15. Début des troubles :.....Mois

16. Médicaments prescrits:

- | a. Nom | Dose | Durée. |
|--------|------|--------|
|--------|------|--------|

17. Examen complémentaires prescrits et leurs nombres :

18. Nombre de médecins consultés :

19. Délai entre le début des troubles et la première consultation :

B/ EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

Episode dépressif majeur antérieur : 1Non 2Oui (Durée)).

B1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti e particulièrement triste, cafardeux (se), déprimé e, la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tout les jours.	Non	Oui	1
B2	Au cours des deux dernières semaines, aviez vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus gout à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement	Non	Oui	2
	B1 ou B2 SONT ELLES COTEES OUI?	Non	Oui	
B3	Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé e et/ou sans intérêt pour la plupart des choses	Non	Oui	
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention? (Variation au cours du mois de +/- 5%, c à d +/- 3.5 kg/ +/- 8lbs, pour une personne de 65 kg/120lbs.)	Non	Oui	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	Non	Oui	4
c	parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité e, et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours.	Non	Oui	5
d	vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué e, sans énergie, et ce presque tous les jours	Non	Oui	6
e	vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours	Non	Oui	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours?	Non	Oui	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort e, ou avez-vous pensé à vous faire du mal?	Non	Oui	9
B4	Y a-t-il au moins 3 Oui en B3? (ou 4 si B1 ou B2 est cotée non) Si le patient présente un épisode dépressif majeur actuel	Non	Oui	
B5 a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé e ou sans intérêt pour la plupart des choses et ou vous aviez les problèmes dont nous venons de parler	Non	Oui	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé e et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez vous bien au moins deux mois?	Non	Oui	11
	B5b EST-ELLE COTEE OUI?	Non Episode dépressif majeur passé	Oui	

C- DYSTHYMIE

Ne pas explorer ce module si le patient présente un Episode Dépressif Majeur Actuel

Episodes de dysthymie antérieure : 1 Non 2 Oui (Durée).

C1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti e particulièrement triste, cafardeux (se), déprimé e, la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tout les jours.	Non	Oui	20
C2	Durant cette période, vous est il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois?	Non	Oui	21
C3	Depuis que vous vous sentez déprimé e la plupart du temps	Non	Oui	
a	Votre appétit a-t-il notablement changé?	Non	Oui	22
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez vous trop	Non	Oui	23
c	vous sentez vous fatigué e ou manquez vous d'énergie?	Non	Oui	24
d	Avez-vous perdu confiance en vous-même?	Non	Oui	25
e	Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions.	Non	Oui	26
f	Vous arrive t-il de perdre espoir?	Non	Oui	27
	Y a-t-il au moins 2 Oui en C3			
C4	Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent ils de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines d'importance pour vous?	Non	Oui	28
	C4 EST-ELLE COTEE OUI?	Non Dysthymie Actuelle	Oui	

D- RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

D1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort e, ou souhaité e être mort e?	Non	Oui	20
D2	Voulez-vous faire du mal?	Non	Oui	21
D3	pensez-vous à vous suicider?	Non	Oui	
D4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider?	Non	Oui	22
D5	Fait une tentative de suicide?	Non	Oui	23
D6	Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide?	Non	Oui	24
	Y a-t-il au moins un oui ci-dessus Si oui, spécifier le niveau de risque suicidaire comme ci-dessous: D1 ou D2 ou D6= OUI: LEGER D3 ou (D2+D6)= OUI: MOYEN D4 ou D5 ou (D3+D6)= OUI: ELEVE	Non Risque suicidaire actuel: . Leger . Moyen . Elevé	Oui	



RESUME

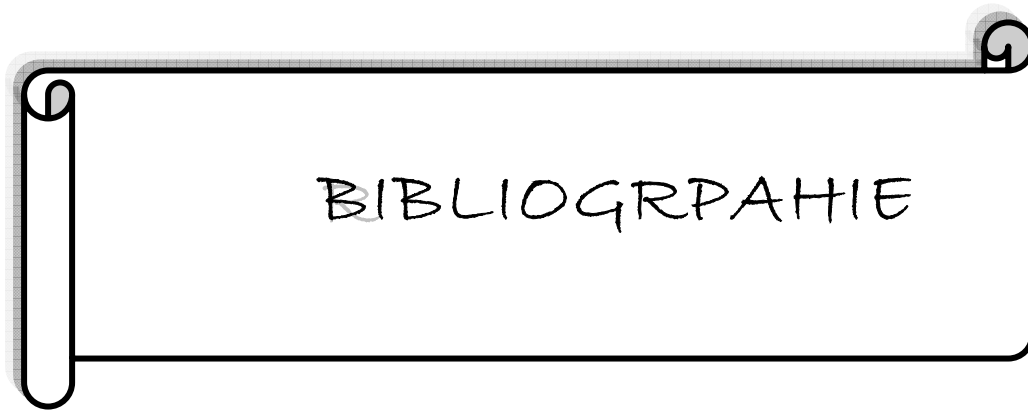
La maladie dépressive est un réel problème santé publique en raison de sa fréquence. Ses conséquences sociales, médicales et économiques. Le ministère de la santé marocain, dans une récente étude publiée en février 2007, estime la prévalence de l'épisode dépressif majeur dans la population générale à 26.5%, après nettoyage des résultats, la prévalence de l'épisode dépressif majeur est estimée à 15%, et de la dysthymie à 11.4%. Notre travail a pour objectif d'estimer la prévalence de la dépression, la dysthymie et la Suicidalité en milieu de soins primaire, ainsi que l'impact des caractéristiques sociodémographiques sur leur prévalence. Nous avons mené une enquête auprès de 105 patients venant recevoir des soins de santé primaire au niveau d'un centre de soins de santé publique pendant une durée de 2 mois. (65 de sexe féminin et 40 de sexe masculin). La prévalence d'EDM dans la consultation était de 23.8%. L'âge moyen est de 40+/-17 ans et 6 mois avec une prédominance féminine de 62%. La majorité des patients n'ont reçus aucune instruction (53%). Plus que la moitié des sujets étaient sans profession (54,5%). La dysthymie a été retrouvée chez 13.3% des patients. La survenue d'un épisode dépressif majeur, de la dysthymie et de la suicidalité était prédominante surtout chez les femmes. L'épisode dépressif majeur est plus marqué chez les jeunes patients consultants est diminuée avec l'âge. De même la Suicidalité est plus fréquente chez les jeunes patients. Nos résultats étaient concordants avec ceux des autres études en ce qui concerne le profil sociodémographique des patients déprimés. Ceci nous permet de conclure qu'il ne faut pas négliger la dépression comme phénomène qui commence à prendre de l'importance dans notre pays d'où la nécessité de s'y intéresser par un dépistage correct et précoce ainsi que par une prise en charge adaptée surtout au niveau de soins de santé de base.

SUMMARY

Depression as illness is a real problem due to its frequency, social, medical and economic consequences. Following Moroccan Ministry of Health 26.5% of the whole population suffer a Major Depressive Episode while 11, 4% suffer Dysthymia. Our work has as a goal to estimate the prevalence of the depression, the dysthymia, the suicide in the middle of the primary care and the impact of the characteristics socio demographic on this prevalence. We conducted an investigation before 105 patients that have just received primary care within public health center for a period of 2 months (65 female and 40 male). The prevalence of the EDM in the examination was 23.8%. The average age is around 40+/-17 years and 6 months with a female predominance of 62%. The majority of patients have received no education (53%). More than half of patients have been jobless (54.5%). The dysthymia has been found in 13.3% of patients. The risk of major depressive episode, dysthymia and suicide commit was predominant for all females. The major depressive episode is more clear for all young patient and decreases with age. Same conclusion about suicide risk that is frequent among young people. Our results concerning Socio demographic profile of patients with depression were in conformity with those issued from other studies. This can allow us to draw a conclusion that depression should not be ignored as it is a phenomenon that starts to gain importance in our country so the necessity to pay close attention through a precise sensing and adapted responsibility.

خلاصة

يعتبر الاكتئاب مشكلة صحية عامة، باعتبار ازدياد حدتها و نتائجها الاجتماعية، الصحية و الاقتصادية. حسب إحصاءات وزارة الصحة المغربية و جدت حالة الاكتئاب الشديدة عند 26.5% من الساكنة العامة و جدت حالة الاكتئاب الخفيفة عند 11.4% من الساكنة العامة. يهدف عملنا، إلى معرفة نسبة مرض الاكتئاب، بما فيه الكآبة الشديدة، و الخفيفة، و رصد لخطر الانتحار في المراكز الصحية. يهتم أيضا هذا البحث بدراسة المميزات السوسيو ديمغرافية لمرضى الاكتئاب الذين يقصدون المراكز الصحية. قمنا بإجراء بحث يشمل 105 مريضا كانوا يطلبون العلاج في المركز الصحي القاضي عياض أثناء مدة تصل إلى شهرين (65 إناث، و 40 ذكور). بعد تحليلنا للنتائج تبين لنا مايلي: نسبة حالة الاكتئاب الشديدة تصل إلى 23.8%. يتمحور سن المرضى حول 40+/-17 مع ارتفاع نسبة الإناث (62%). أغلب المرضى لم يتلقوا أي نوع من التعليم (53%). أكثر من نصف المرضى كانوا بدون عمل (54.4%). حالة الاكتئاب الخفيفة و جدت عند 13.3% من المرضى. حالة الاكتئاب الشديدة أو الخفيفة أو خطر الانتحار، أكثر ارتباطا بالإناث، و تنخفض مع التقدم في السن. يمكننا هذا في الأخير من القول أنه من الضروري الانتباه لمرض الاكتئاب كمشكلة بدأت تنتشر بشكل ملحوظ في بلدنا، و منه، محاولة رصدها و الاهتمام بها بشكل فعال.



BIBLIOGRAPHIE

1- OMS.

Prise en charge des troubles mentaux dans le cadre des soins de santé primaires,
2003.

2- MINISTERE DE LA SANTE MAROCAIN / OMS

Enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et la toxicomanie.
Février 2007.

3- FERRERI F. AGBOKOU C

Clinique des états dépressif
EMC [37-110-A-10] : 10.1016/S0246-1072(06)44522-3

4- AMERICAN PSYCHIATRIQUE ASSOCIATION (APA)

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
Paris: Masson 2000; 2003 : 1120p

5- SHEEHAN D, LECURBIER Y, SHEEHAN KH

The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the
SCID-P and its reliability.
Eur psychiat 1997 ; 12(5): 232- 241.

6- F LADAME ,M PERRET-CATIPOVIC

Tentative de suicide à l'adolescence
Elsevier, Paris 1999 : 37-216-H-10

7- HANSENNE M. ET AL.

Contingent negative variation and serotonergic 1A activity".
Biological Psychology 2000; 52: 259-65.

8-JEAN-LUK MARINOT ET Marie-LAURE PALLIERE-MARTINOT

Neuro-imagerie et dépression

Atlas d'imagerie 2007:7-15

9- OLIE JP, POIRIER MF, LOO M

Les maladies dépressives

Collection psychiatrie 2003. Ed Paris : Flammarion.

10- MARC ANSSEAU, BENJAMIN FISCHLER ET ALL.

Prevalence and impact of GAD and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg.

GADIS study. European Psychiatry 2005, 20: 229-235

11- HOEPER Y; COLL.O

La pathologie psychiatrique du nord africain.

Rev.medicale 1975; 3 : 5

12- EATON WW ET COLL.

THE DESIGN OF THE EPIDEMIOLOGIC ATCHEMENT AREA SURVEYS, THE CONTROL AND
MESUREMENT OF ERROR.

Archives general of psychiatry 1984; 41:942-948

13-REGIER DA.

The NIMH epidemiologic catchement area program.

Archives genera of l psychiatry 1984, 41:934-941

14-ROBINS LM .

Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites.

Archives genera of l psychiatry 1984; 41: 934-941.

15-ROUILLON F,

Epidemiologie de la dépression : approche descriptive et analytique.

In : la maladie dépressive.

CIBA, RUELL-MAL MAISON 1983 :387-396.

16-ROUILLON F, FUHRER F

Rapport préliminaire de l'étude épidémiologique de la dépression en médecine générale.

Depart ciba Rueil-malmaison 1986.

17-BARRET.E ,

The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice.

archive of general psychiatry 1988;45:1100-1106

18-MOUCHTAQ.N

Enquête épidémiologique sur la dépression majeure en médecine générale.

Thèse de doctorat de médecine, Casablanca, n°21, 1998.

19- RUIZ-DOBLADO S.

Prevalence of depressive symptoms and mood disorders in primary care : A Spanish rural study.

INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL PSYCHIATRY 1999 ; 45 :180-189

20-HANS-ULRICH WITTCHEN

Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany

Annals of clinical psychiatry 2000; 13: 31-41.

21-DIDDEN DAVID-G

Anxiety and depression in an internal medicine resident continuity clinic: Difficult diagnoses.

International journal of psychiatry in medicine 2001; 39 : 155-167

22- COHIDON C, SANTIN G, IMBERNON I.

Conditions de travail selon l'activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee.

Rapport INVS. 2007 : 54 .

23- BALESTRIERI M.

Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care.

J. Americ. Geriatric society 2004; 39: 171-176

24- TITUS W.D.P. BRINKB, KLAAS DER MEERB

The care provided by general practitioners for persistent depression.

Archives of general psychiatry 2005 ;45:1117-1119

25- JURGEN UNUTZER, LINGQI TANG ET ALL.

Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients.

J. Americ. Geriatric society 2006 ;54 : 15-50.

26- AGREN HANS MUHWEZI,W,

Detection of major depression in Ugandan primary health care settings using simple questions from a subjective well-being (SWB) subscale.

SOCIAL PSYCHIATRY AND PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY 2007 ; 42 :61-69

27- BEARDSLY H, GARDOCKI G, LIQSON D .

Prescribing of psychotropic medication by primary care physicians and psychiatrists. *Archives of general psychiatry 1988; 45: 1117-1119*

28–MOUSSAOUI D.CHEMSSAOUI A

Enquête psychopharmacologie .Annales medico-psychologiques 1991 ;

142 :1118–1130

29– KLINKMAN MS, COYNE JC, GALLO S, ET AL.

False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in *primary care*. *Arch Fam Med* 1998;7:451–61.

30– ARAGONES E, PINOL JL, LABAD A, ET AL.

Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain.

Int J Psychiatry in Medicine 2004;34:331–43

31– ARAGONES E, PINOL JL, LABAD A.

The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care.

Family Practice 2006;23:363–8.

32–KLERMAN ET WESSMAN.

Increasing rates of depression. *Jama* 1989; 216:2229–2235

33–LEMPERIERE T

A propos de l'Epidemiologie des états dépressifs et de la vulnérabilité de la femme à la dépression *Sem. Hop, Paris* 1981 ; 57 : 92–95

34– BLAZER D, SWITZ M

Depressive symptoms and Depressive diagnostics in a community population.

Archives of general psychiatry, 1984; 45:1078–1084.

35-REGIER DA.

The NIMH epidemiologic catchment area program. *Archives general of psychiatry*; 1984, 41:934-941

36-ROBINS LM .

Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites.

Archives general of psychiatry, 1984; 41 :934-941.

37- AYUSO-MATEOS .

Depressive disorders in Europe : prevalence figures from the ODIN study.

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY,2001 ;17 :308-3169

38 -WILHELM K.

Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey.

JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS,2003 ;75 : 155-162

39- BECKER S.

Detection of somatization and depression in primary care in Saudi Arabia. *SOCIAL PSYCHIATRY*

AND PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY,2004 ;39: 962-966

40-ANGST J.

The Zurich study III Diagnostic of depression.

European archives of psychiatry and neurological sciences ,2004;234: 30-37

41- WESSMAN MM, KLERMAN GL

Sex difference and the epidemiology of depression

Archive .gen. psychiatry, 1979, 136

42- ROTHERMUND, KLAUS; BRANDTSTÄDTER, JOCHEN

Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants.

Psychology and Aging. 2003 Mar Vol 18(1) 80-90

43- EATON WW ET COLL.

The design of the epidemiologic attachment area surveys, the control and measurement of error.

Archives general of psychiatry, 1984; 41ZL:942-948.

44- DOUKI S

La dépression au féminine

Revue maghrébine de psychiatrie 1991, 1, 42-47.

45 MENCHETTI.M.

Depression and frequent attendance in elderly primary care patients.

GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY, 2006 ;28 : 119-124

46- COPELAND J.R.M., DEWEY M.E., WOOD N. ET AL :

Range of mental illness among the elderly in the community : Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package.

Br. J. Psychiatr., 2002, 150 : 815-823,.

47-DOUKI J, COLL.I.

The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice

Archive. gen.psychiatry, 1988; 45: 1100-1106.

48- LYDIA GISLE, JAMILA BUZIARSIST, JOHAN VAN DER HEYDEN, PIETER-JAN MIERMANS, FRANCIS SARTOR, HERMAN VAN OYEN ET JEAN TAFFOREAU

Depression and anxiety disorders in a primary care practice in België.

Archive .gen.psychiatry 2002 ; 22 :124-155

49- WARHEIT V, VERROPOULOU.

Socio-demographic and health-related factors affecting depression of the Greek population : an analysis using SHARE data.

European Journal of Ageing 2007 ;50 :132-154

50- COHIDON.

Prevalence des troubles de la sante mentale et consequences sur la vie professionnelle

Collection "Santé travail" 2007

51-BROWN, G

prevalence of dysthymia desordr in primary care,jour of affective *desordres, 1999;54:303-308*

52- SCHIFNAGEL AVRICHIR (Belquis.

Prevalence and underrecognition of dysthymia among psychiatric outpatients in Sao Paulo, Brazil.

JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS, 2002 ;69 : 0165-0327

53- BLAND RC

Canadian Psychiatric Association. Canadian Clinical Practice Guidelines for the *Treatment of Depressive Disorders.*

Can J Psychiatry 2001;46:Suppl

54- HINTIKKA J. VIINAMAKI H

Suicidal ideation and parasuicide in the Finnish general population.

ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 1998 ;56:617-626

55- SCOTT B PATTEN, JEANNE VA WILLIAMS.

Descriptive Epidemiology of Major Depression in Canada.

J Psychiatry, 2006;51:45-56

56- LOVESTONE S., HOWARD R.

Depression in elderly people in London.

Psychosom Med 2006 ; 13 : 414-420.

57- VAN CASTEREN V., VAN DER VEKEN J., TAFFOREAU J., VAN OYEN H.

Zelfmoord en zelfmoordpogingen in België.

Can J Psychiatry 1993; 22: 198-202.

58-BORGES .G , WALTERS .E.

Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National comorbidity survey.

ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY , 1999;56: 617-626

59 -SCOTT B PATTEN, JEANNE VA WILLIAMS.

Descriptive Epidemiology of Major Depression in Canada.

J Psychiatry, 2006;51:45-56

60-CHEN Y, LIN M, SIGAL RJ.

Mortalité par suicide. Situation épidémiologique dans les Pays de la Loire

J Psychiatry 2004 ; 2 : 29-33

61- KESSLER .R.

Titre Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National comorbidity survey.

ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY.1999 ;56 ;617-626

62-KJOLLER .M , HELWEG-LARSEN. M.

Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes.

Périodique SCANDINAVIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH,2000 ;7 :132-143

63- WELLS KB, SCHOENBAUM M, UNÜTZER J.

Quality of care for primary care patients with depression in managed care.

Arch Fam Med 1999; 8; pp: 529-536

64- DEVRIMCI-OZGUVEN .H, SAYIL .I.

Results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour.

CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY,2003 ;67 :344-356.

65- KUBACH.C.

Le suicide en médecine générale

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. n°5020,2007

66- MAILLOT.E.

étude ambulatoire sur les suicides et tentatives de suicide en Bourgogne.

ORS Bourgogne 2001

67- FRIEDMAN.B,BROOK R.

Mental health care for adults with suicide ideation.

GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY.2006 ;28 :271-277

68- RENBERG .E, JACOBSSON .L

Self-reported suicidal and help seeking behaviours in the general population in Latvia.

J Psychosom Res 2003 ; 53 : 913-916.

69- MOUSSAOUI .D

Depression in primary care

WPA Bulletin on Depression. Vol. 4 - N° 19, 2000

70- CUCHE H MOUSSAOUI D

Dépression de l'adolescent.

Revue de praticien, 1978,27 : 2079-208

71- MOUSSAOUI D

Depression in women,

WPA Bulletin on Depression, Vol.4 - N°17,1999

72- JAVIER S, FELIPE O, SALVADOR C

Monocytic parameters in patients with dysthymia versus major depression

Journal of Affective Disorders, March 2004; Volume 78, Issue 3: Pages 243-247

73- BOUMZI .A

Traitement médicamenteux de la dépression.

Thèse de doctorat de médecine, Rabat, n°4,1999.
